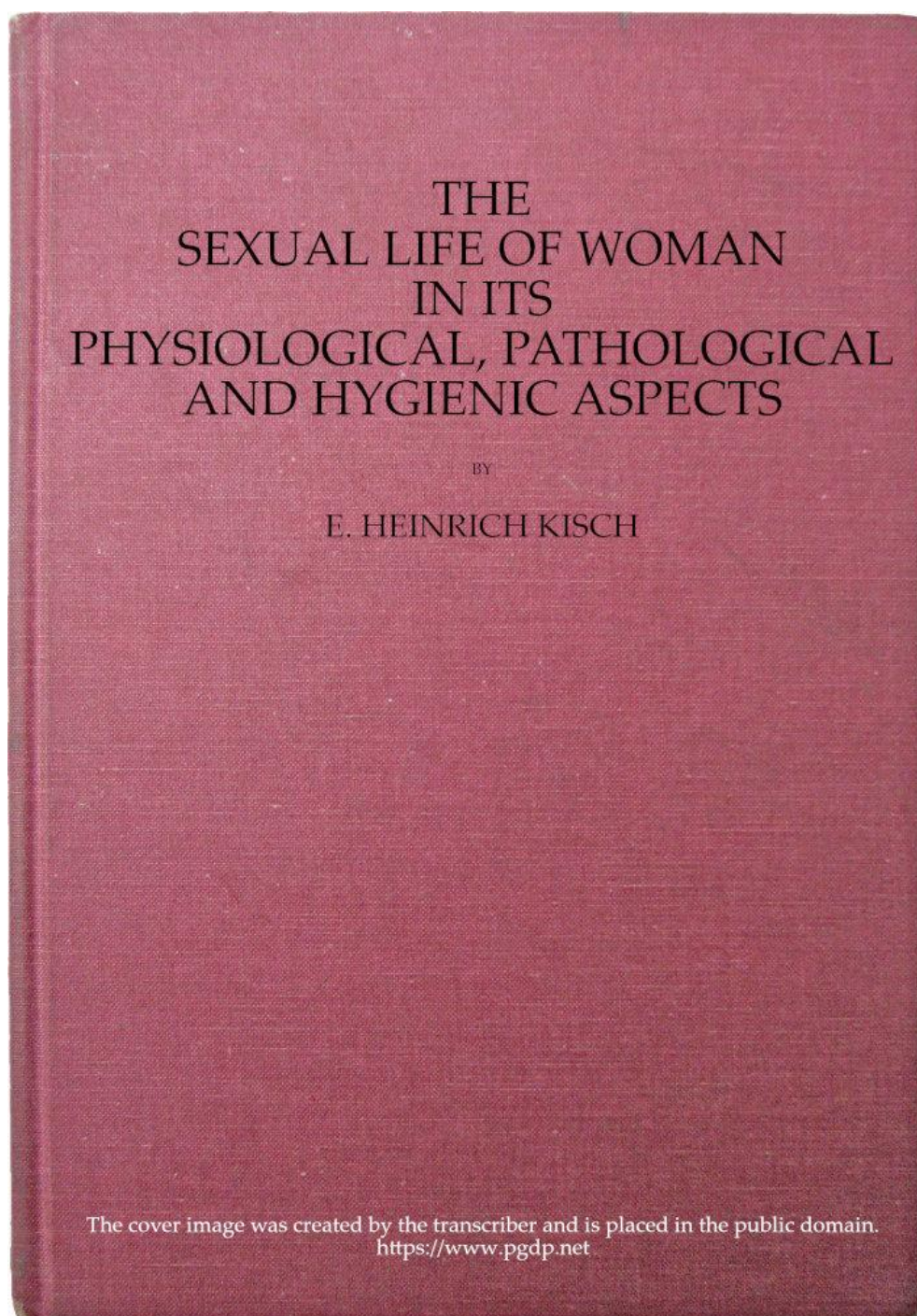


Сексуальная жизнь женщины в ее физиологических, патологических и гигиенических аспектах

Э. Генрих Киш



Электронная книга проекта Гутенберга о сексуальной жизни женщины в ее физиологических, патологических и гигиенических аспектах

Эта электронная книга предназначена для использования любым человеком в любой точке Соединенных Штатов и большинства других частей мира бесплатно и практически без каких-либо ограничений. Вы можете скопировать его, раздать или повторно использовать в соответствии с условиями лицензии Project Gutenberg, прилагаемой к этой книге, или онлайн по адресу www.gutenberg.org. Если вы находитесь за пределами Соединенных Штатов, вам необходимо ознакомиться с законами страны, в которой вы находитесь, прежде чем использовать эту электронную книгу.

Название: Сексуальная жизнь женщины в ее физиологических, патологических и гигиенических аспектах

Author: Э. Генрих Киш

Переводчик: Иден Пол

Дата выхода: 23 сентября 2020 г. [Электронная книга № 63274]

Последнее обновление: 18 октября 2024 г.

Язык: Английский

Кредиты: Подготовлено Ричардом Тонсингом, Тургутот Динсером и командой онлайн-корректоров по адресу <https://www.pgdp.net> (Этот файл создан на основе изображений, щедро предоставленных интернет-архивом)

*** ЗАПУСК ПРОЕКТА "ЭЛЕКТРОННАЯ КНИГА ГУТЕНБЕРГА" СЕКСУАЛЬНАЯ ЖИЗНЬ
ЖЕНЩИНЫ В ЕЕ ФИЗИОЛОГИЧЕСКИХ, ПАТОЛОГИЧЕСКИХ И ГИГИЕНИЧЕСКИХ АСПЕКТАХ "

Примечание переписчика:

Изображение на обложке создано автором и находится в общественном достоянии.

СЕКСУАЛЬНАЯ ЖИЗНЬ ЖЕНЩИНЫ В ЕЕ ФИЗИОЛОГИЧЕСКИХ, ПАТОЛОГИЧЕСКИХ И ГИГИЕНИЧЕСКИХ АСПЕКТАХ

Э. ГЕНРИХ КИШ, доктор медицины

Профессор немецкого медицинского факультета Пражского университета; врач больницы и курорта Мариенбад; Член Совета по здравоохранению и т.д., и т.п.

ТОЛЬКО АВТОРИЗОВАННЫЙ ПЕРЕВОД НА АНГЛИЙСКИЙ ЯЗЫК С НЕМЕЦКОГО ОТ

М. ИДЕН ПОЛ, доктор медицины

С 97 ИЛЛЮСТРАЦИЯМИ В ТЕКСТЕ



НЬЮ-ЙОРК

КОМПАНИЯ РЕБМАНА

БРОДВЕЙ , 1123

Авторское право, 1910, автор

РЕВМАН СО., НЬЮ-ЙОРК

Все права защищены

Напечатано в Америке

МОЕМУ ЕДИНСТВЕННОМУ СЫНУ ФРАНЦУ КИШУ, ДОКТОРУ медицины, В ЗНАК ОТЦОВСКОЙ
ПРИВЯЗАННОСТИ я ПОСВЯЩАЮ ЭТУ КНИГУ

ПРЕДИСЛОВИЕ.

Сексуальная жизнь женщины — появление первых признаков сексуальной активности, развитие этой активности и ее кульминация в период половой зрелости, угасание этой активности и ее окончательное угасание в момент половой смерти — весь процесс наиболее совершенного творения природы — на протяжении всех веков разжигал вдохновение поэтов, возбуждал энтузиазм художников и снабжал мыслителей неисчерпаемым материалом для размышлений.

На следующих страницах сексуальная жизнь женщины будет рассмотрена как в отношении женских половых органов, так и в отношении женского организма в целом; в отношении как физического, так и умственного развития индивидуума; и в равной степени в отношении состояния здоровья и процессов заболевания. Таким образом, с точки зрения клинических исследований и практического опыта, книга станет вкладом в решение сексуальной проблемы, которая в настоящее время признается одной из важнейших.

Прошло тридцать лет с тех пор, как я опубликовал работу о гистологических изменениях, происходящих в яичниках в климактерический период (Archiv. "За гинекологию", том xii, раздел 3); и с тех пор влияние, оказываемое на общее здоровье женщин физиологическими и патологическими процессами, происходящими в их репродуктивных органах, было для меня любимым предметом наблюдений и экспериментов. Результаты этих исследований включены в мои монографии "Климактерический период у женщин" (Эрланген, 1874), "Бесплодие у женщин" (2-е изд., Вена, 1895), "Матка и сердце" (Лейпциг, 1898), а также в различные публикации в медицинских периодических изданиях. Теперь у меня есть приятная возможность нарисовать общую картину сексуальной активности женщин и осветить эту картину как в свете моего собственного опыта, так и многочисленными ссылками на работы других авторов. Попутно я уделил значительное внимание вопросам образования и личной гигиены, на которые в значительной степени влияют процессы сексуальной жизни. Таким образом, я надеюсь, работа станет более интересной для врача, и общая картина, которую она призвана передать, будет более полно характеризоваться современной действительностью.

Естественное разделение предмета, на мой взгляд, обеспечивается тремя важными вехами сексуальной жизни женщины: *началом* менструации — *менархе*; *кульминацией* сексуальной активности — *менаке*; и *прекращением* менструации — *менопаузой*. Эти несколько сексуальных эпох различаются характерными анатомическими состояниями репродуктивных органов, внешней конфигурацией женского тела, функциональными эффектами во всем организме и, наконец, патологическими нарушениями нормальных жизненных процессов.

Таким образом, в отдельных главах дается описание сексуальных процессов, подробное изложение которых тщетно искать в учебниках гинекологии, но которые, тем не менее, имеют далеко идущее значение в отношении физического, умственного и социального благополучия женщин, а также в отношении развития человеческого общества; такими

темами являются сексуальное влечение, совокупление, фертильность, бесплодие, применение средств для предотвращения зачатия, определение пола, сексуальная гигиена. К темам беременности, родов, лежания в постели и лактации, поскольку они адекватно обсуждаются в работах по акушерству, но здесь отведено мало места.

Я искренне надеюсь, что врачи и биологи извлекут из этой книги пользу, равную тому удовольствию, которое я получил от ее написания.

E. HEINRICH KISCH.

Содержание.

	Ст ра ни ца
Сексуальная жизнь женщины—Введение	1
И. сексуальное эпоха менархе	37
первое появление менструации	45
анатомические изменения в женских половых органах в период менархе	50
менархе Ргаесох Эт Тардива	78
скороспелый и задержкой менструального деятельность	78
патологии менархе	82
аномалии менструации	83
воспалительных процессах	87
нарушений гемопоэза	89
сердечные расстройства	94
заболевания нервной системы	99
мастурбация	10
	4
расстройства пищеварения	10
	7
заболеваниях органов дыхания	10
	7
заболеваний органов чувств	10
	8

гигиены во время менархе	11
	1
менструации	12
	8
патологии менструации	14
	3
Amenorrhœa, меноррагии, и Dysmenorrhœa	16
	0
субсидиарной менструации	16
	4
сексуальный импульс	16
	6
нимфомания, Anæsthesia и психопатии Sexualis	18
	4
ра Сексуальная эпоха Менакме	20
зд	0
ел	
II.	
Анатомические изменения женских половых органов в период Менакме	20
	9
Патология Менакме	21
	8
Маточная диспепсия	22
	7
Маточная кардиопатия	
Нервные заболевания , вторичные по отношению к заболеваниям половых органов	24
	3
Вступление в брак женщин, страдающих заболеваниями	25
	0
Гигиена во время Менструации	26
	1
Совокупление и зачатие	28
	4
Совокупление	28
	4

Зачатие	304
Патология совокупления	323
Вагинизм	337
Проблемы с сердцем вследствие полового акта	344
Диспареуния	347
Ф 363	
е	
р	
т	
и	
л	
ь	
н	
о	
с	
т	
ь	
у	
ж	
е	
н	
щ	
и	
н	
Ограничение фертильности и использование средств для предотвращения беременности	388
Определение пола	420
I. Статистические исследования	422
II. Анатомические исследования	446
III. Экспериментальные исследования	452
Бесплодие у женщин	462

Неспособность к овуляции	470
Вмешательство в конъюгацию, Условия, препятствующие доступу сперматозоидов к яйцеклетке	487
З	489
а	
б	
о	
л	
е	
в	
а	
н	
и	
я	
я	
и	
ч	
н	
и	
к	
о	
в	
и	
ф	
а	
л	
л	
о	
п	
и	
е	
в	
ы	
х	
т	
р	
у	
б	
Заболевания матки	494
.	501
Смещения матки	515
Миома матки	523

	Заболевания влагалища и вульвы	52
		6
	Выделения из половых органов	52
		8
	А. Абсолютное	зн ач ен ие
54	В. Относительная стерильность	54
0		0
	сексуальной чувственности у женщин	54
		2
	нетрудоспособности для инкубации яйца	54
		9
	только-ребенка-бесплодие	56
		1
	оперативной стерильность	56
		3
	таблица с указанием причин бесплодия у женщин	56
		9
ра	Сексуальная эпоха менопаузы	57
зд		1
ел		
III.		
	Менопауза	57
		1
	Изменения в женских репродуктивных органах в период менопаузы	58
		3
	Время наступления менопаузы	59
		3
	Возраст, в котором наступает менопауза	59
		3
	1. Раса	59
		4
	2. Возраст, в котором наступила менархе	
3.	5	4.
Се	9	С
кс	7	оц
уа		иа

ль	ль
на	на
я	я
ак	пр
ти	ин
вн	ад
ос	ле
ть	ж
ж	но
ен	ст
щ	ь
ин	ж
ы	ен
	щ
	ин
	ы.
Обстоятельства жизни женщины	59
	9
5. Общие конституциональные и патологические состояния	59
	9
6. Преждевременное, отсроченное и внезапное наступление менопаузы	60
	0
Патология менопаузы	60
	8
Заболевания половых органов	60
	8
Болезни органов кровообращения	62
	0
Болезни органов пищеварения	63
	0
Болезни кожи	63
	2
Нарушения обмена веществ	63
	5
Болезни нервной системы	63
	7
Климактерические психозы	64
	3
Гигиена в период менопаузы	65
	3

СПИСОК ИЛЛЮСТРАЦИЙ (Kisch).

Р и с.	Ст ра ни ца
1. Кривая сексуальной жизни женщины с десятого по шестидесятый год жизни	4
2. Часть внутренних органов малого таза у женщины и т.д.	9
3. Распределение срамного нерва в женской промежности и лобковой области	11
4. Распределение боковых крестцовых артерий и т.д.	14
5. Кривая менструального цикла	19
6. Кривая ритмических колебаний	20
7. Изгиб женской красоты.	24
8. Внутренние половые органы новорожденной девочки	51
9. Репродуктивные органы новорожденной девочки	52
1 0. Внутренние половые органы девочки в возрасте восьми лет	52
1 1. Репродуктивные органы девочки в возрасте десяти лет	53
1. Женские наружные половые органы девственницы	54
2. Наружные половые органы девственницы	55
3. Сагиттальный разрез женского таза	56
4. Примитивные фолликулы	58
5. Созревающие фолликулы	61
6. Фолликулы Граафа	62
7. Кольцевая девственная плева	64
8. Кольцевая девственная плева	64
9. Полулунная девственная плева	65
0. Кольцевидная девственная плева с врожденными симметричными углублениями	65
1. Фимбриальная девственная плева	65
2. Дефлорированная фимбриальная девственная плева	65

3.		
2	Перегородчатая Кольцевидная Девственная плева	67
4.		
2	Перегородчатая Полулунная Девственная плева	67
5.		
2	Чрезвычайно жесткая Кольцевидная Девственная плева с косо расположенной	67
6.	перегородкой	
2	Перегородчатая девственная плева с отверстиями неодинакового размера	67
7.		
2	„ Перегородчатая девственная плева с отверстиями разного размера	68
8.		
2	Девственная плева с зачаточной перегородкой	68
9.		
3	Девственная плева с задней зачаточной перегородкой	68
0.		
3	Девственная плева губ с задней зачаточной перегородкой	68
1.		
3	Девственная плева с передней зачаточной перегородкой	69
2.		
3	Девственная плева с выступающей внутрь передней рудиментарной перегородкой	69
3.		
3	Девственная плева с передней и задней рудиментарными перегородками	69
4.		
3	Девственная плева с нитевидным отростком, выступающим от переднего края	69
5.		
3	Девственная плева, в которой есть два симметрично расположенных истонченных	69
6.	Участка. Левая из них перфорирована	
3	Очень необычная форма девственной плевы	70
7.		
3	Полулунная девственная плева с рубцовыми рваными ранами по краям	70
8.		
3	Дефлорированная полулунная девственная плева с симметрично	70
9.	расположенными по бокам рваными ранами	
4	Дефлорированная кольцевидная девственная плева с несколькими зажившими	70
0.	рваными ранами	
4	А. Перегородчатая девственная плева, в которой дефлорация была произведена	70
1.	через одно из отверстий. U. Мочеиспускательный канал. Cl. Clitoris. H. Рубцовый	
	край. С. Перегородка. B. Вид перегородки сбоку	
4	Дефлорированная перегородчатая девственная плева	71
2.		
4	Девственная плева с большим передним и меньшим задним отверстиями	71
3.		
4	Карункулы миртиформные у первородящих	71
4.		

4	Входное отверстие влагалища многородящей, без карункул миртиформных.	71
5.	Небольшое выпадение передней и задней стенок влагалища	
4	Грудь восемнадцатилетней девственницы	73
6.		
4	Горизонтальный разрез женской груди	75
7.		
4	Женский половой орган, или вульва, с большими половыми губами	20
8.		4
4	Преддверие влагалища, с малыми половыми губами или нимфой и т.д.	20
9.		5
5	Матка, левая фаллопиева труба и левый яичник и т.д.	20
0.		7
5	Женские внутренние половые органы в полностью развитом состоянии	20
1.		8
5	Сагиттальный разрез шейки матки у Женщины двадцати шести лет. Древовидные	21
2.	разветвленные железы	7
5	Шейка матки женщины семидесяти двух лет с железами, претерпевшими	21
3.	кистозную дегенерацию	7
5	Сагиттальный разрез шейки матки женщины шестидесяти пяти лет. Железы	21
4.	претерпели кистозную дегенерацию	7
5	Первая стадия. А. Проникновение сперматозоида в яйцеклетку Ascaris	30
5.	Megaloscephala. В. После препаратов М. Нуссбаума. (Изображена только половина яйцеклеток)	6
5	Яйцеклетка астеракантиона через десять минут после оплодотворения	30
6.		6
5	Слияние мужского проядра и женского проядра с образованием	30
7.	сегментированного ядра оплодотворенной яйцеклетки	6
5	Прохождение сперматозоида через прозрачную зону яйцеклетки Астеракантиона	30
8.		7
5	Яйцеклетка Scorpæna Scrofa через тридцать пять минут после оплодотворения	30
9.		7
6	Мужчина про-нуклеус и женский про-нуклеус в оплодотворенную яйцеклетку	30
0.	лягушки, до формирования сегментации ядра	7
6	есть. б. гр. Простатические конкременты из обычного семени, д. Сперматозоиды.	31
1.	Эл. Крупные и мелкие клетки, некоторые содержат гранулы, как морфологические элементы спермы. Ф. Сперматозоид искаженное от впитывания воды. г. Кристаллы (после Биззозеро)	1
6	Нормальная Сперма	31
2.		1
6	Семен, состоящего в основном из спермы-кристаллы, цилиндрический эпителий,	31
3.	а мелкие гранулы показывать движение молекул,—но содержащее <i>нет</i> сперматозоидов	5
6	Олигозооспермия. а. Живые сперматозоиды, b. Мертвые сперматозоиды, с.	31
4.	Гнойные тельца, d. эритроциты, e. Семенные гранулы	7

6	Перегородочная девственная плева, имеющая сухожильную консистенцию	32
5.		4
6		32
6.		6
6	Липома большой правой губы, включая вход во влагалище	32
7.		8
6	“Готтентотский фартук” у взрослой женщины, свисающий между бедер (по	32
8.	Цвейфелю)	9
6	Слоновость Больших половых губ	33
9.		0
7	Врожденная атрофия матки (по Вирхову), oi, внутреннее устье; oe, внешнее устье	50
0.		0
7		50
1.		0
7	Нормальная форма влагалищного отверстия	50
2.		3
7	Коноидальная форма влагалищного отверстия	50
3.		3
7	Часть влагалища в форме “фартука”, а. Сильно удлинённая передняя губа; б.	50
4.	Более короткая задняя губа шейки матки	4
7	Часть влагалища в форме “клюва”. Задний аспект	50
5.		4
7	Простая гипертрофия влагалищного отверстия, выступающего из вульвы	50
6.		6
7	Удлинённая шейка матки, загнутая вверх	50
7.		6
7	Полип шейки матки, происходящий из яйцеклетки Наботи	51
8.		0
7	Эктропий при двустороннем разрыве шейки матки (по А. Мартину)	51
9.		4
8	Антефлексия матки (по А. Мартину)	51
0.		8
8	Ретрофлексия матки (по А. Мартину)	52
1.		0
8	Слизь из канала шейки матки, взятая через час после полового акта у женщины,	53
2.	страдающей хроническим эндометритом. Среди эпителиальных клеток, гнойных клеток и мелкозернистых масс мы видим несколько неподвижных мертвых сперматозоидов	1
8	Слизистая оболочка матки при эндометрите (по А. Мартину)	55
3.		4
8	Сагиттальный разрез яичника шестнадцатилетней девочки	58
4.		3
8	Сагиттальный разрез яичника женщины семидесяти двух лет	58
5.		4

8	Графическое изображение фолликула Граафа	58
6.		5
8	Яичник девушки девятнадцати лет (нормального размера)	58
7.		5
8	Яичник женщины семидесяти двух лет (нормального размера)	58
8.		5
8		58
9.		6
9		58
0.		7
9		58
1.		8
9	Сагиттальный разрез шейки матки у женщины двадцати шести лет. Древоподобные	58
2.	разветвленные железы	8
9	Сагиттальный разрез шейки матки у женщины шестидесяти пяти лет. Железы,	58
3.	подвергшиеся кистозной дегенерации	9
9	Шейка матки женщины семидесяти лет. Железы шейки матки подверглись	58
4.	кистозной дегенерации	9
9	Яйцеклетка Наботи во влагалищном отверстии	59
5.		0
9	Пузырек (Ovula Nabothi) из слизистой оболочки матки	59
6.		1
9	Слизистые железы, подвергающиеся кистозной дегенерации	59
7.		2

СЕКСУАЛЬНАЯ ЖИЗНЬ ЖЕНЩИНЫ.

Под *сексуальной жизнью женщины* мы понимаем взаимодействие между физиологическими функциями и патологическими состояниями женских половых органов, с одной стороны, и всем женским организмом в его физических и психических отношениях, с другой; и цель этой книги - дать полный отчет о влиянии репродуктивных органов в период их развития, зрелости и инволюции на историю жизни женщины.

С самых ранних дней медицинского искусства сексуальная жизнь женщины вызывала у лидеров медицинской мысли высочайший интерес, и по этой причине большое внимание уделялось не только анатомии половых органов и заболеваниям репродуктивной системы, но также отдельным проявлениям сексуальной активности и влиянию, оказываемому ими на женский организм в целом.

По этому вопросу сохранилось несколько работ *Гиппократ*, среди которых можно упомянуть: *περί γυναικείας φύσεως*,^[1] трактат о физиологии и патологии женщины; *περί Αφρών*,^[2] в котором обсуждается бесплодие у женщин; *περί σθθενίων*,^[3] трактат о патологических состояниях девственниц. Эти труды *Гиппократ* содержат несколько весьма

примечательных наблюдений о влиянии заболеваний репродуктивных органов на общее состояние здоровья женщин.

Аристотель довольно подробно писал о функциях женских половых органов. В трудах *Аретей* и *Галена* о женских болезнях мы находим поразительные наблюдения, как, например, в "De Locis Affectis" Галена,^[4] которая содержит "Утверждение о сходстве и непохожести мужчины и женщины". Другой известной работой является работа *Альберта Великого*, озаглавленная "О секретном мулиуме".^[5]

Многочисленные труды о женских болезнях, опубликованные в XVI веке, состояли по большей части из повторения наблюдений древних авторов. Однако гинекологические трактаты восемнадцатого века свидетельствовали о возросшем знании анатомии женских репродуктивных органов и были освещены *Haller's* Галлера о функциях этих органов.,,

Тема, которая нас особенно интересует, обсуждается в работе *Буаро-Лаффектера*, Очерки физических болезней и морали женщин,^[6] Париж, 1793; а также в книге Мари-Клеман "Физиологические соображения о различных эпохах жизни женщин". Женщины,^[7] Париж, 1803. the same connection we must mention *von Humboldt's* treatise, Ueber den Geschlechtsunterschied und dessen Einfluss auf die organische Natur.^[8] Первой всеобъемлющей работой, в которой было проведено исчерпывающее исследование функциональных нарушений женских половых органов и связи этих нарушений с женским организмом в целом и с физическими и психическими особенностями женщины, была работа Буша "Дас Гешлехтсleben дез Вайбес",^[9] Лейпциг, 1839.

Во второй половине девятнадцатого века было опубликовано очень большое количество монографий, исследующих и описывающих рефлекторные нарушения, вызываемые как в отдельных органах, так и в нервной системе в целом изменениями в матке и ее оболочке. Многие из этих работ будут упомянуты более подробно в ходе данного трактата.

Сексуальная жизнь, основанная на столь важной для каждого существа цели продолжения рода, обладает у женского пола жизненно важным значением, неизмеримо большим, чем сексуальная активность у мужского. С самого зарождения сексуальности, когда идея бисексуальной дифференциации впервые зарождается в мозгу маленькой девочки, вплоть до сексуальной смерти увядшей матроны, которая оплакивает потерю своей сексуальной потенции, физическая и умственная активность, работа и мышление, функции и ощущения возникают по большей части, вольно или невольно, из той зародышевой энергии, которая является проявлением неизменного закона, согласно которому существующий организм стремится воспроизвести себе подобных.

Каждая фаза сексуальной жизни женщины, от порога полового созревания до прекращения половой активности, первого появления менструации, полного развития половых органов, акта совокупления, зачатия, беременности, родов и послеродового периода, наконец, инволюционного процесса, сопровождающего прекращение менструаций в климактерический период, — каждая из этих сексуальных фаз влечет за собой последовательные физиологические процессы и патологические изменения как в отдельных органах, так и в состоянии питания всего организма, в функциях сердечно-сосудистого аппарата, нервной системы. мозг и нервы, кожа и органы чувств, участвующие в процессах пищеварения и общего обмена веществ. Здесь мы видим поразительную иллюстрацию старого изречения фон Гельмонта, что такое матка, то и делает, что делает;^[10] также аналогичного афоризма Гиппократ, матка омниум причинно-следственная связь, которая приводит к заражению мулов;^[11] концепция, изложенная Гете словами Мефистофеля:

“Es ist ihr ewig Weh und Ach

So tausendfach

Aus einem Punkte zu kurieren.”

Подобно тому, как у дерева процесс роста проявляется для поверхностного наблюдателя в удовольствии, которое он испытывает при виде бутонов и цветков, в освежении, которое он получает от плодов, и в печали, которую вызывает у него увядание листьев, так и в сексуальной жизни женщины есть ориентиры, которые никто не может не заметить, благодаря которым различаются три великие эпохи. К ним относятся: половое созревание (менархе), распознаваемое по первому появлению менструации и пробуждению сексуального влечения; половая зрелость (менахме) у полностью развитой женщины, характеризующаяся функциями совокупления и размножения; и сексуальная инволюция (менопауза), при которой мы наблюдаем постепенное снижение и окончательное угасание сексуальной силы и всех ее проявлений. Во все эти три эпохи сексуальная жизнь женщины не только затрагивает скрытую область половых органов, но также контролирует все вегетативные, физические и психические процессы организма и ясно и неоспоримо проявляется во всех жизненных проявлениях. То, что мадам де Сталь сказала о любви, действительно верно для всей сексуальной жизни женщины: *любовь - это единственный эпизод жизни мужчины; это история всей женской жизни.*^[12]

Сексуальная жизнь женщины сосуществует со специфической жизнедеятельностью женского пола, поскольку она продолжается с момента, когда индивидуальность впервые начинает развиваться из безразличной стадии детства, до упадка на мертвый уровень старости.

Чтобы проиллюстрировать этот факт, я нарисовал кривую сексуальной жизни женщины, используя имеющиеся в Центральной Европе статистические данные о возрасте, в котором впервые появляются менструации, возрасте, в котором девушки выходят замуж, возрасте, в котором наибольшее число женщин рождает ребенка, и возрасте, в котором менструации прекращаются; и сведя цифры к средним значениям. * обозначает пятнадцатый год жизни как средний возраст наступления менархе; ** обозначает двадцать второй год жизни как средний возраст вступления в брак; *** обозначает тридцать второй год жизни, в течение которого женщина проявляет максимальную плодовитость; **** обозначает сорок шестой год жизни как средний возраст наступления менопаузы. (Рис. 1.)

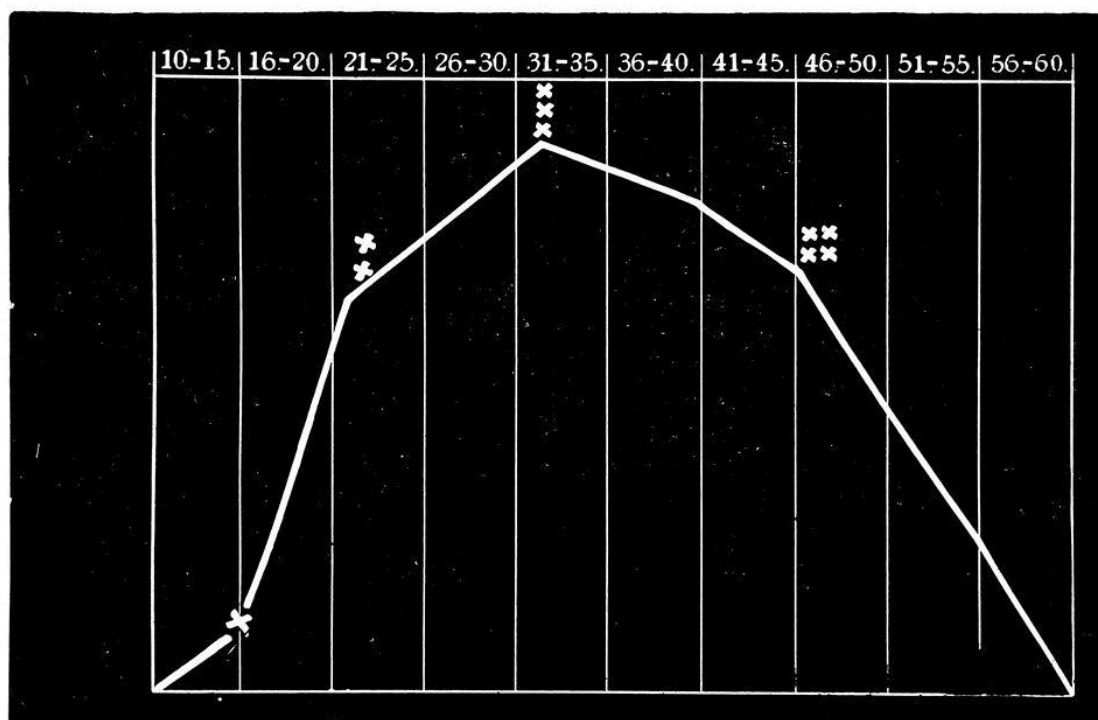


Рис. 1.— Кривая сексуальной жизни женщины с десятого по шестидесятый год жизни.

Однако не только в этом отношении сексуальная жизнь женщины имеет первостепенное значение; кроме того, это главный источник благополучия и прогресса семьи, нации, всего человечества. В эволюции человека от примитивного состояния, в котором он существовал только для выполнения вегетативных функций, до высшей стадии современной культуры, в истории всех рас и всех времен сексуальная жизнь была самым мощным определяющим фактором. С этой жизнью религия, философия, этика, естественные науки и гигиена были самым тесным образом связаны; для этой жизни они выработали предписания и законы. История сексуальной жизни идентична истории человеческой культуры.

На примитивном этапе развития общества, среди людей, живущих в естественном состоянии, и среди низших рас человечества сексуальная жизнь женщины не представляет большого общего интереса, поскольку женщина является всего лишь имуществом; более того, владение этим имуществом часто бывает временным и преходящим. Исследования антропологов показали, что среди первобытных людей эта форма собственности не пользуется ни большим уважением, ни тщательной охраной. В таких обществах не налагается никаких ограничений на сексуальное влечение, которое удовлетворяется без стыда и формальностей. Взаимному общению двух полов не предлагается никаких препятствий. Целомудрие женщин не ценится мужчинами, и последние не конкурируют за благосклонность первых. Продолжение рода - это не более чем стадный импульс масс, среди которых общее владение всей добычей является вопросом племенного обычая. Женщина не имеет власти распоряжаться тем, чего каждый желает и чего каждый имеет право требовать. Однако очень постепенно в этом отношении происходят изменения, так что в каждый период общественной жизни, начиная с самого раннего, скромность молодых девушек, высокая оценка сохранения девственности, этическое одобрение целомудрия жены, уважение обязанностей и прав матери, благоговение, испытываемое к матроне, — все это на протяжении всей сексуальной жизни женщины оказывало цивилизующее, облагораживающее и возвышающее действие. Таким образом, по мере развития семейной жизни, по мере того, как любовь и брак стали более высоко цениться, женщина стала высоко ценным воплощением всего прекрасного и доброго, всего того, что суммируется в идее

“домохозяйки”, и ее сексуальная жизнь стала вызывать более полное, более идеальное восхищение. Однако не так уж далека опасность того, что нивелирующие тенденции сегодняшнего дня и склонность презирать сексуальную жизнь женщины не приведут к дальнейшему повышению социального статуса женщины, а скорее приведут к ее унижению.

Библия, как и следовало ожидать, исходя из патриархальных отношений женщин того времени, свидетельствует о ценности женщины и, хотя и почитает деторождение, упоминает о еще более высоких обязанностях. Для всех этапов сексуальной жизни предусмотрены точные религиозные и социальные предписания.

Мы также видим, что в классической древности женщина в некоторой степени возвышалась над низким положением, которое она ранее занимала в семейном кругу и в обществе в целом. Как у греков, так и у римлян для женщин было открыто более интимное место в общественной жизни и более влиятельная роль в жизни семьи, чем если бы их доля рассматривалась просто в связи с их детородной деятельностью. У германцев в самые ранние времена целомудрие порождало более чистые и нравственные сексуальные отношения; тогда как у славянских народов представление о женщине как о детородице продолжало доминировать в этих отношениях.

В результате распространения христианства женщина стала спутницей и равной мужчине, и ее жизнь, включая сексуальную, приобрела более глубокое значение благодаря акценту, который эта религия придавала целомудрию как добродетели, и в результате воспитательного влияния женщины в семейном кругу.

С развитием цивилизации сексуальная жизнь женщины начинает проявляться только в рамках морали и закона, которые в человеческом обществе заменили грубые законы природы и установили правила, адаптированные к меняющимся фазам сексуальных витальных проявлений. Мудрое применение этих правил требует, однако, полного понимания психических и физических процессов, точного распознавания телесных состояний и интеллектуальной чувствительности женщины, рассматриваемой как сексуальное существо.

Современная культура и социальная организация наших дней, в сочетании с возникающей в результате сексуальной невропатией у женщин, оказали на их сексуальную жизнь влияние столь же сильное, сколь и неблагоприятное, проявляющееся в подавляющей частоте женских заболеваний. В одной из самых вдумчивых книг, когда-либо написанных на тему женщины, *"Любовь Мишле"*,^[13] автор отмечает, что каждое столетие характеризуется распространенностью определенных заболеваний: так, в тринадцатом веке доминирующей болезнью была проказа; четырнадцатое столетие было опустошено бубонной чумой, известной тогда как "черная смерть"; шестнадцатое столетие стало свидетелем появления сифилис; наконец, что касается девятнадцатого века, *"посмотрите на причину обморока при болезнях матерей"*.^[14] Несомненно, что образование и образ жизни современной женщины, принадлежащей к так называемым высшим классам, в том, что касается сексуальных вопросов, находятся в прямом противоречии с теми, которые приемлемы для природы, и теми, которых требуют законы здоровья.

Еще до начала полового развития, до физического созревания репродуктивных органов для функциональной активности воображение молодых девушек часто преждевременно занято сексуальными идеями из-за неподходящей литературы, из-за посещения театров и выставок или из-за общения с молодыми людьми, которые не слишком щепетильны в выборе тем для разговора. С момента полового созревания и до вступления в брак растущая женщина находится под влиянием пробудившегося сексуального влечения, которое испытывает

постоянно возобновляющуюся стимуляцию. Сидячий образ жизни, неподходящее питание и раннее употребление алкогольных напитков неизбежно приводят к тому, что в эту эпоху сексуальной жизни часто появляются хлоротические изменения крови, неврастенические состояния и разнообразные симптомы раздражения половых органов. Таким образом, когда брак, столь часто неоправданно откладываемый из-за состояния современного общества, наконец состоится, женщина может оказаться не только полностью просвещенной в сексуальных вопросах, но часто и в состоянии нервной слабости от сексуальной стимуляции, одной из тех, характеристики которых были удачно обобщены французским писателем Прево в выражении *demi-vierge*.^[15] Сочетание такого положения дел у невесты с частой частичной импотенцией жениха, который уже растратил большую часть своей мужской силы до вступления в брак, часто приводит к появлению вагинизма и других сексуальных неврозов у молодых замужних женщин. Еще более катастрофическими по своим последствиям для будущей сексуальной жизни жены являются постоянно увеличивающиеся случаи гонорейной инфекции в первые дни супружеского акта со всеми пагубными последствиями этой инфекции. С другой стороны, все большая доля девушек, принадлежащих к “среднему и высшему классу”, воздерживающихся как от хороших, так и от дурных результатов брака, попадает под ярмо сексуальных импульсов, которым отказано в удовлетворении или которые удовлетворяются ненормальными способами, и вследствие этого страдает как физически, так и психически. Другие источники травматизма, обусловленного условиями современной общественной жизни, следует искать в пренебрежении женщинами из состоятельных слоев населения обязанностью кормить грудью своих детей и во все возрастающей частоте, с которой женщины из этих слоев населения после рождения одного или двух детей прибегают к мерам по предотвращению беременности, которые приводят к серьезным последствиям как для нервной системы, так и для половых органов соответствующих женщин. Таким образом, наступает ускоренный отлив в сексуальной жизни, ведущий к преждевременному появлению общих явлений дряхлости с прекращением менструальных выделений. Современную жену, которая претендует на право вести тот образ жизни, который ей больше всего нравится, гораздо быстрее настигнет сексуальная смерть.

Для выяснения разнообразных рефлекторных и других процессов, которые зависят от сексуальных фаз женщины или сопровождают их, мы должны в первую очередь рассмотреть анатомические изменения и физиологические функции женских репродуктивных органов, характерные для нескольких периодов сексуальной жизни, которые уже были выделены. Мы не должны также упускать из виду психические состояния, которые сопровождают и характеризуют эти соответствующие фазы.

Анатомические изменения, происходящие в женских половых органах во время этих различных фаз сексуальной жизни, вызывают ряд разнообразных местных раздражений, усиливающихся и ослабевающих, сильно различающихся по интенсивности и площади распространения, от которых зависят рефлекторные эффекты и отдаленные проявления в сфере нервной и кровеносной систем.

Сначала мы должны рассмотреть изменения в яичниках, которые играют этиологически важную роль. В начале полового созревания фолликулярные массы яичника демонстрируют более активный рост, фолликулы увеличиваются в размерах, содержащиеся в них яйцеклетки выходят на поверхность, и, наконец, при разрыве фолликулов яйцеклетки выталкиваются наружу. Затем, на жизненном этапе, в котором происходит зачатие, и под влиянием гиперемии всех внутренних органов малого таза, сопровождающей этот процесс, происходит заметное развитие желтого тела, которое достигает своих максимальных размеров на одиннадцатой неделе беременности, впоследствии претерпевая инволюцию и

приводя к образованию значительного рубца. Наконец, в критический период жизни, когда прекращаются менструации, в яичниках происходит постоянно усиливающийся рост и новообразование соединительной ткани-стромы за счет их клеточных составляющих, и происходит регрессивная метаморфоза граафовских фолликулов.

В связи с этими половыми процессами возникает ряд поразительных изменений формы и консистенции яичников, влияющих как на поверхность, так и на паренхиму этих органов и способных стимулировать нервные разветвления в их ткани. В этой связи следует отметить, что ветви, питающие яичники от семенных сплетений симпатической нервной системы, содержат значительную долю сенсорных волокон.

Более того, не менее значительными, чем изменения в яичниках, являются изменения, которым подвергается матка в процессе половой жизни, в форме и размерах, в ее мышечном веществе и слизистой оболочке, а также в ее сосудистом и нервном снабжении.

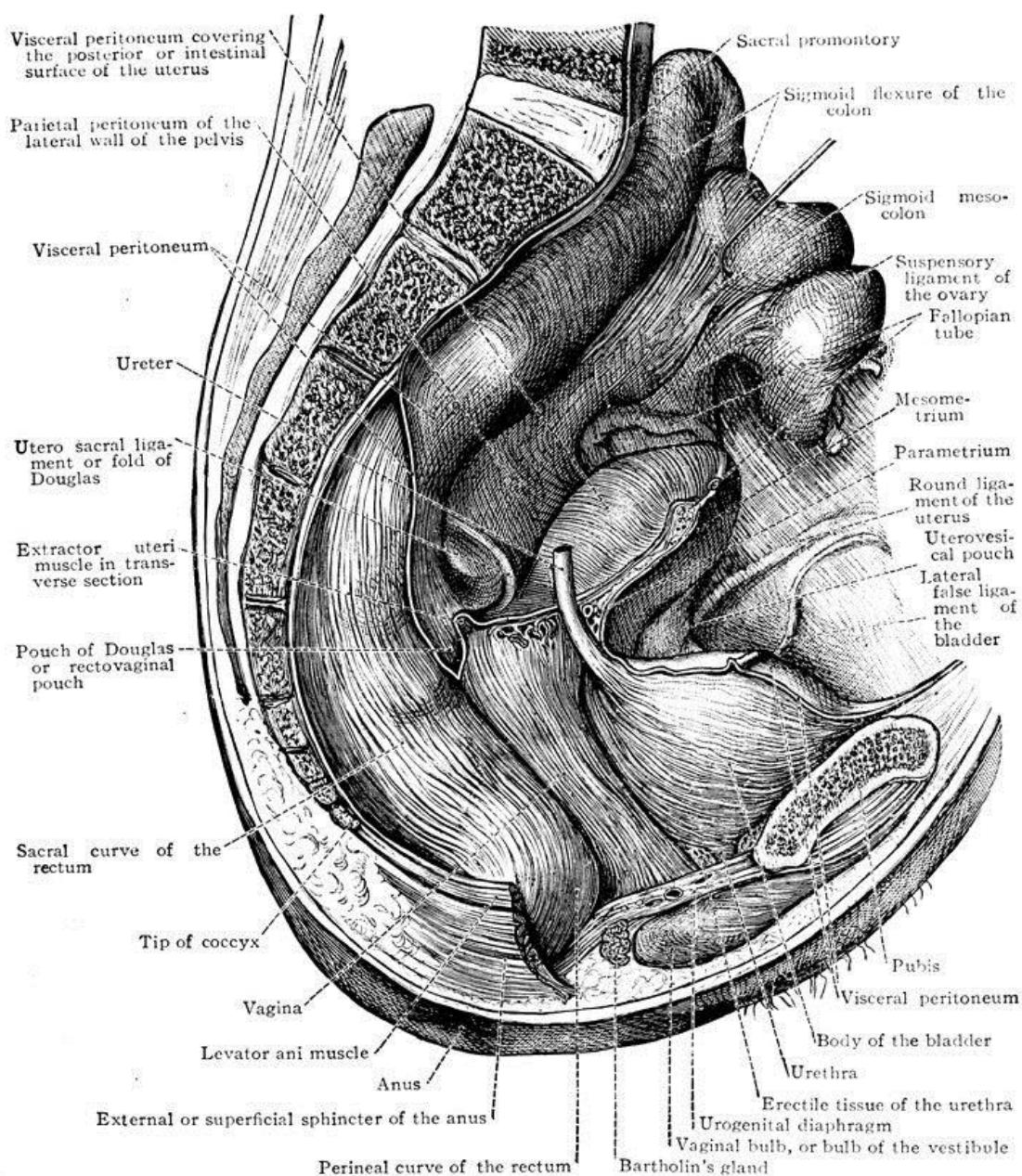


Рис. 2. Часть внутренних органов малого таза у женщины и их отношение к мышцам выходного отверстия малого таза (или мышцам промежности), показанным в левой половине

таза, если смотреть с правой стороны. Параметрий. (Из Толдта: Атлас анатомии человека.— Компания Ребмана, Нью-Йорк.)

Во время полового созревания младенческая матка претерпевает изменения, влияющие как на ее внешнюю форму, так и на форму внутренней полости. Тело матки увеличивается до размеров, характерных для половой зрелости, и ее слизистая оболочка становится очагом периодических изменений. Этот нарастающий и ослабевающий рост и трансформация слизистой оболочки матки продолжают в течение всего периода менструальной активности, самые поверхностные слои оболочки сбрасываются во время менструации, за процессом следует регенерация, за которой само по себе следует предменструальное утолщение. Когда происходит зачатие, происходят еще более обширные изменения, оплодотворенная яйцеклетка внедряется в слизистую оболочку матки, и беременная матка по форме и структуре и по соответствующим соотношениям тела и шейки органа, по увеличивающемуся расширению вен и увеличивающемуся размеру нервов приспособляется к важным функциям, которые она теперь должна выполнять. Когда они выполнены и после того, как произошли роды, матка снова пуста, орган снова приспособляется к изменившимся обстоятельствам посредством процесса инволюции. Позже, в климактерический период, происходит медленный регрессивный процесс, внешним проявлением которого является прекращение менструальных выделений, анатомически характеризующийся атрофией мышечной ткани матки и ее сосудистого аппарата, иссушением ее слизистой оболочки, облитерацией просвета полости матки и, в конечном счете, старческой дегенерацией и атрофией теперь уже полностью нефункционирующего органа, так что он превращается в незначительное, покрытое рубцами твердое тело.

Рядом с яичниками и маткой находится тазовая фасция, которая во всей своей архитектурной структуре, а также в отдельных ее частях претерпевает наиболее заметные изменения в результате процессов зарождения.

Краткий обзор нервов и кровеносных сосудов женских половых органов представляется необходимым для облегчения понимания того, каким образом нервная система влияет на сексуальные процессы, и для демонстрации тесной связи между кровоснабжением полового аппарата и общим кровообращением.

Сложная нервная сеть женских половых органов снабжается спинномозговыми, а также симпатическими волокнами, причем волокна из двух систем соединяются очень интимным образом.

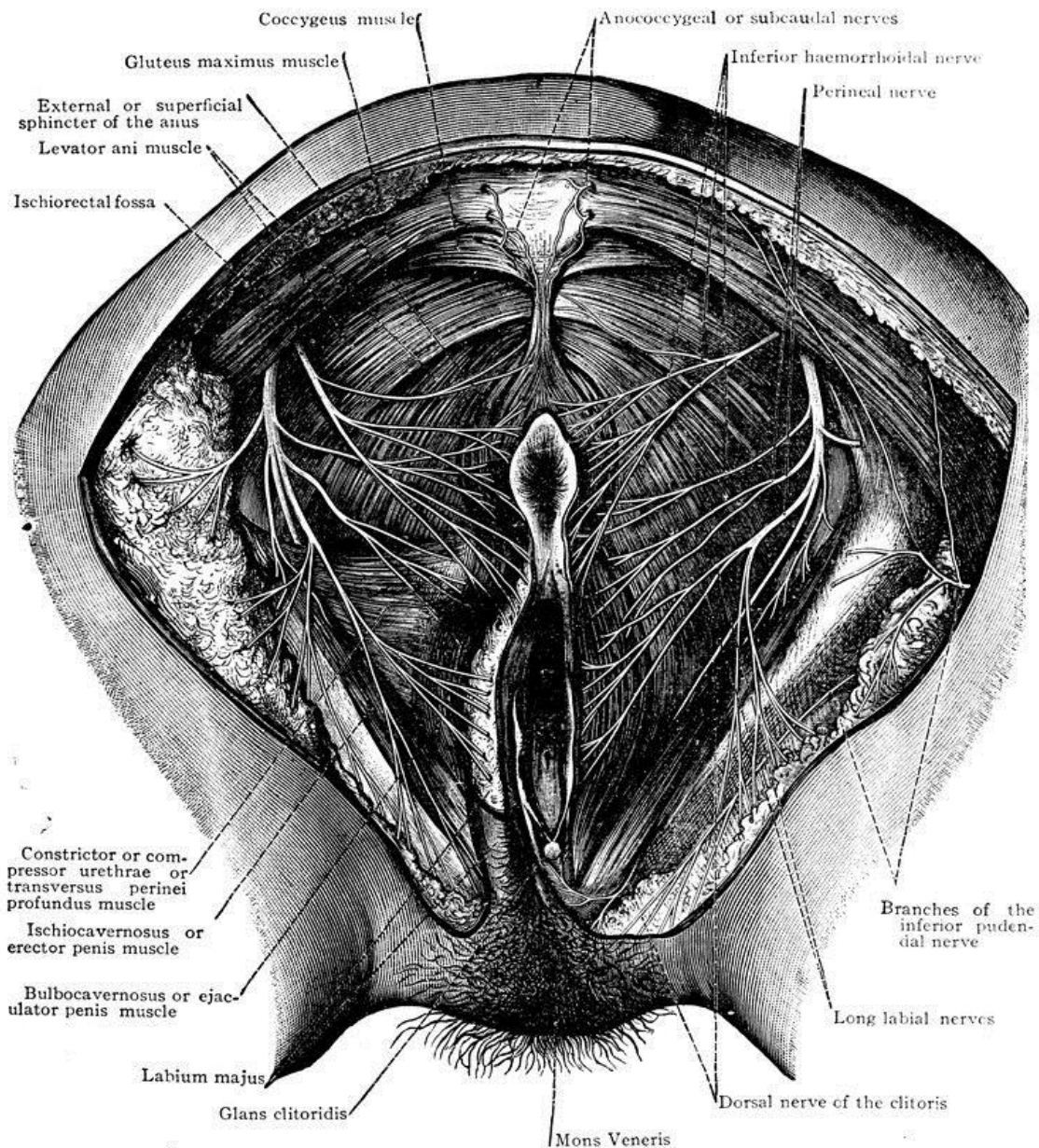


Рис. 3.-Распределение срамного нерва, n. pudendus, в области промежности и лобка у женщин. Ствол лобкового нерва, n. pudendus, покрыт большой ягодичной мышцей. На правой стороне тела были иссечены ветви нижнего срамного нерва, rami perineales, nervi cutanei femoris posterioris; но ветви этого нерва, идущие к большой губе, были коротко обрезаны. Образование копчиковых или субкаудальных нервов, nn. apocossygei, из заднего первичного отдела копчикового нерва и из перфорирующих ветвей, которые отходят от передних первичных отделов четвертого и пятого крестцовых нервов и копчикового нерва. (Из Толдта: Атлас анатомии человека.—Компания Ребмана, Нью-Йорк.)

Большее количество спинномозговых нервов, распределенных по половым органам, берут начало в поясничной части спинного мозга, проходят в качестве сообщающихся ветвей к первым четырем поясничным ганглиям большого симпатического канатика, откуда они переходят к ряду симметричных (парных) и асимметричных (азиготных) симпатических сплетений перед брюшной аортой и рядом с ней, которые уже содержат афферентные и эфферентные спинномозговые волокна, происходящие от пневмогастрального, диафрагмального и спланхического нервов. Небольшое количество только грубых нервных волокон, большее количество тонких нервных волокон, происходящих от крестцовых нервов,

проходят непосредственно к внутренним половым органам; многие из этих волокон входят в нижнюю оконечность тазовых или нижних гипогастральных складок, некоторые проходят к шейным узлам матки. Ниже бифуркации аорты и перед крестцовым выступом большое количество маточных нервов, как спинномозгового, так и симпатического происхождения, соединяются, образуя аэигосное сплетение, которое, как было показано экспериментально, обладает большим функциональным значением. Анатомически это составляет верхнюю неразделенную часть гипогастрального сплетения, которое является нисходящим продолжением симпатического сплетения брюшной аорты; но поскольку это основной канал передачи нервных импульсов к матке, в настоящее время его часто называют большим маточным сплетением (*plexus uterinus magnus*). Нервы, идущие к яичнику и фаллопиевой трубе (яичниковые нервы), отходят от семенного (яичникового) сплетения, ответвления почечного сплетения; по мере опускания семенное сплетение усиливается ветвями от брюшного аортального сплетения, эти ветви часто отходят от небольшого ганглия (семенного ганглия). Гипогастральное или большое маточное сплетение, одиночное и срединное вверху, разделяется внизу на парные тазовые или нижние гипогастральные сплетения, которые проходят вниз и вперед по обе стороны от прямой кишки; эти сплетения усилены спинномозговыми элементами, происходящими от крестцовых нервов. Перед тем, как конечные расширения тазового или нижнего подреберного сплетения проникают в ткани внутренних половых органов, мочевого пузыря и прямой кишки, небольшие скопления ганглиозного вещества распределяются между нервными волокнами.

К приведенному выше общему наброску, который был основан на кратком описании *Хробака фон Ростхорна*, необходимо добавить более подробный отчет об иннервации яичников, поскольку эта область исследования имеет особое значение. Нервы яичника отходят от симпатической системы, частично от семенного ганглия, частично от второго почечного ганглия и частично от верхнего брыжеечного сплетения. Нервы яичника по большей части представляют собой сосудистые нервы, которые соединяются перед входом в яичник, образуя сплетение яичников, а затем переходят в рубчик вместе с сосудами, обволакивают сосуды мозгового слоя и оттуда переходят в фолликулярную область; чрезвычайно многочисленные, они образуют плотную сеть, окружающую все сосуды вплоть до тончайших капиллярных разветвлений; те волокна, которые заканчиваются на стенках капилляров, а также те, которые достигают фолликулов, *Риз* рассматривает как чувствительные. Большие стволы маточных нервов расположены поперечно по отношению к большим боковым сосудам матки и, проходя внутрь по направлению к слизистой оболочке, распадаются на пучки нитей; собственно маточные нервы распределены по большей части по мышечному веществу. В маточных трубах нервы образуют дуги вокруг просвета трубы; некоторые волокна также проходят к продольным складкам слизистой оболочки.

Это расширение нервов спинномозговой и симпатической систем в женских репродуктивных органах демонстрирует множественную взаимосвязь двух систем в этой области и, вне всякого сомнения, доказывает, что чувствительные нервы половых органов имеют многообразные связи с двигательными путями всего организма, с одной стороны, и с чувствительными ганглиями центральной нервной системы, с другой, и, кроме того, с сосудодвигательными центрами и с эфферентными двигательными и секреторными волокнами.

Что касается сосудистой системы женских половых органов, то последние снабжаются внутренней подвздошной артерией. Одна из двух конечных ветвей общей подвздошной артерии, внутренняя подвздошная артерия, спускается в таз над крестцово-подвздошным синхондрозом. Его ветви могут быть разделены на четыре группы: передняя группа,

гипогастральные, подвздошно-поясничные и запираательные артерии; задняя группа, боковые крестцовые, ягодичные и седалищные артерии; внутренняя группа, нижние пузырные, маточные и средние геморроидальные артерии; нижняя группа, включающая только единственную артерию, внутреннюю пудовую; маточная артерия снабжает матку и своды влагалища; яичниковая артерия снабжает яичник, фаллопиеву трубу и широкую связку матки; вагинальная, цервиковагинальная, или пузырно-влагалищная артерия снабжает влагалище; внутренняя половая артерия снабжает преддверие и клитор; верхняя и нижняя наружные половые артерии (ветви бедренной артерии) снабжают большие половые губы. Вены женских половых органов в целом соответствуют артериям по своему течению и номенклатуре и отводят свою кровь во внутреннюю подвздошную вену.

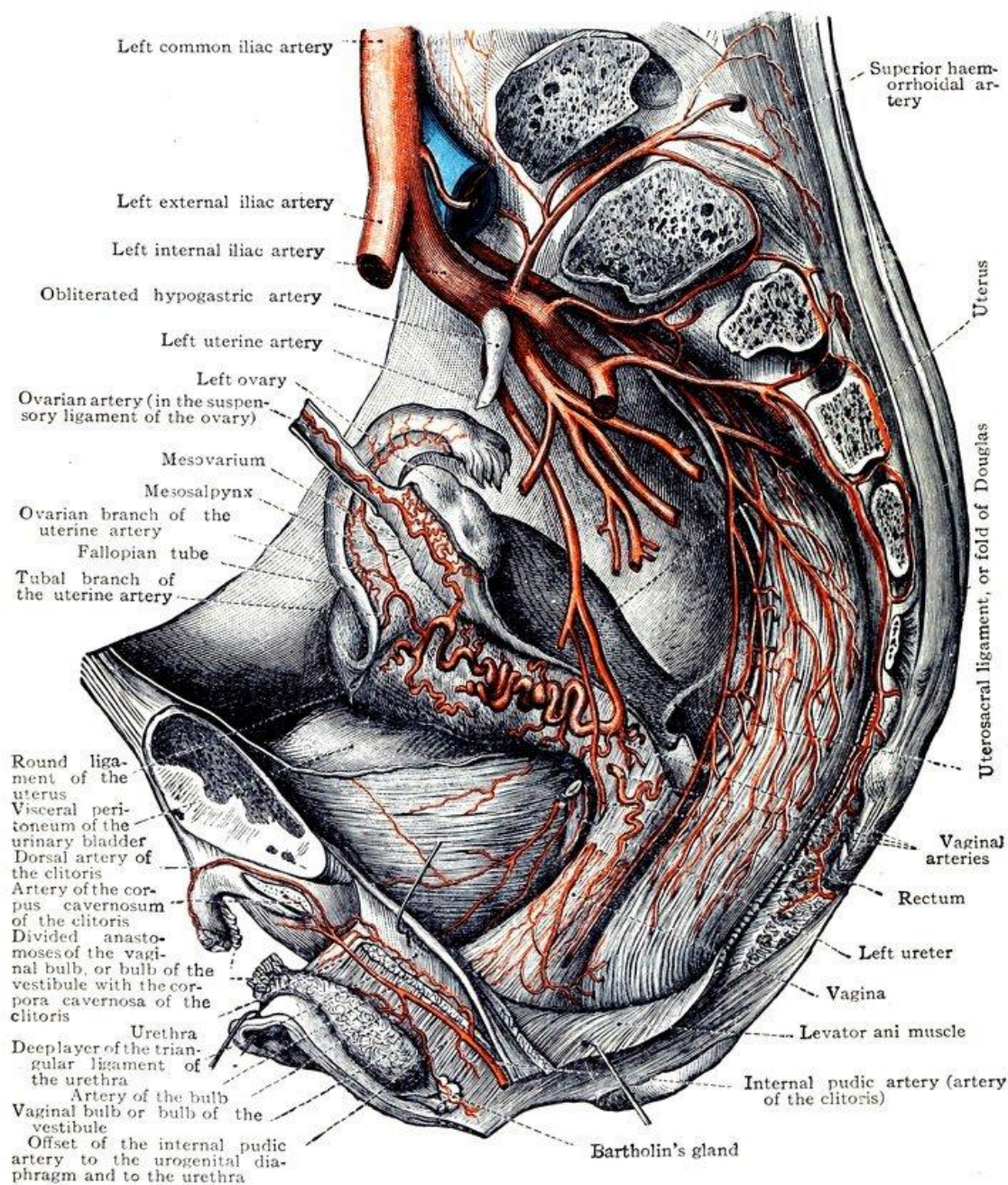


Рис. 4. —Распределение боковых крестцовых артерий, верхней геморроидальной или верхней ректальной артерии, маточной артерии, артерии яичников и дистальной части внутренней половой артерии. (Из Толдта: Атлас анатомии человека.—Компания Ребмана, Нью-Йорк.)

Необходимо также обратить внимание на чрезвычайно богатую лимфатическую сосудистую систему женских половых органов. Тело матки и прилегающая часть этого органа, шейка матки и своды влагалища, средний сегмент влагалища, нижний сегмент влагалища, преддверие и наружные половые органы — каждый из них обладает независимым набором лимфатических сосудов, ведущих, кроме того, к независимым группам лимфатических желез. Можно сказать, что лимфа из вульвы поступает к паховым железам, из влагалища и шейки матки - к внутренним и наружным подвздошно-барабанным железам, из верхней части матки, а также из яичников и фаллопиевых труб - к средней группе поясничных лимфатических желез (также известных, исходя из их расположения перед аортой и полую веной, как лимфатические железы аорты) (*Робак фон Ростхорн*).

Важное влияние, которое половые процессы оказывают на женский организм в целом, установлено не только что описанными анатомическими соотношениями, но и рядом физиологических исследований и экспериментов, а также результатами операций на женских половых органах.

Термическая и механическая стимуляция женских половых органов оказывает, как показали мои собственные эксперименты, заметное влияние на сердце и общее кровообращение. В этих экспериментах, когда проводились спринцевания матки при температурах 4 ° C (39° F.) и 45 ° C. (113 ° F.), рефлекторный нервный импульс, возникший в результате этих манипуляций, оказывал двоякое влияние на кровообращение, проявляясь, во-первых, немедленным и значительным усилением функциональной активности сердца, частота которой увеличивалась пропорционально нервной чувствительности индивидуума, и, во-вторых, заметным повышением кровяного давления.

С целью определения влияния стимуляции яичников на кровяное давление, *Рериг* провел несколько экспериментов на суках, из которых выяснилось, что электрическая стимуляция яичников неизменно приводила к заметному повышению общего кровяного давления, которое колебалось от двенадцати до двадцати четырех миллиметров ртутного столба. Далее, в ходе этих экспериментов выяснилось, что ближе к концу периода стимуляции за повышением кровяного давления всегда следовало снижение; за которым, однако, следовало возобновление повышения кровяного давления после прекращения стимуляции, при условии, что продолжительность этого не была чрезмерной. Только после этого второго повышения было восстановлено нормальное среднее кровяное давление. Наконец, было установлено, что выраженные явления раздражения блуждающего нерва, проявляющиеся кривой во время и сразу после стимуляции яичников, были неизменными сопутствующими факторами повышения кровяного давления, вызванного такой стимуляцией.

Согласно наблюдениям *Федернс*, кровяное давление подвергается ритмичным изменениям между одним менструальным периодом и следующим, кривая давления обычно находится на самом низком уровне в момент начала менструации и на самом высоком в какой-то момент в течение двух дней, непосредственно предшествующих менструации. Это ритмичное изменение артериального давления проявляется также за некоторое время до начала первой менструации, когда о приближении половой зрелости свидетельствует только менструальный цикл.

Наблюдения, сделанные *Кречи* у пациентки с желудочным свищом, доказали влияние, оказываемое на желудочное пищеварение физиологическими процессами, происходящими в женских репродуктивных органах. У этого пациента его внимание было особенно направлено на определение того, в какой период пищеварения секреция кислоты желудком достигает максимума и как эта секреция увеличивается и уменьшается. Он заметил, что

переваривание завтрака завершалось за четыре с половиной часа, кислотный максимум наступал на четвертый час, а реакция желудочного содержимого становилась нейтральной полтора часа спустя. Однако эта, по-видимому, постоянная кислотная кривая начала становиться нерегулярной, как только стали очевидны первые симптомы приближения менструации. Когда кровотечение действительно началось, он обнаружил, что реакция содержимого желудка оставалась кислой в течение всего дня. Как только поток заканчивался, нормальная кривая кислотности немедленно восстанавливалась.

Эти наблюдения были подтверждены *Флейшером*. Этот исследователь проводил свои исследования у менструирующих женщин с нормальным желудком и обнаружил, что с появлением катамени процесс пищеварения почти всегда заметно замедлялся, но с уменьшением и прекращением потока пищеварение возвращалось в нормальное русло.

Путем стимуляции центрального сегмента разделенного гипогастриального или большого маточного сплетения *Цион* смог вызвать рвоту, что подтверждает хорошо известный физиологический факт, что раздражающие нарушения женских репродуктивных органов оказывают рефлекторное воздействие на рвотный центр.

Также четко установлено, что разнообразная стимуляция периферических нервов, например, молочной железы, внутренних половых органов или эпигастрия, способна воздействовать на двигательный центр матки.

Заслуживают внимания также *эксперименты* Страссмана, показавшие, что повышение давления в яичниках вызывает отек и структурные изменения слизистой оболочки матки.

Поразительны также *открытия* Нойссер о том, что во время менструации увеличивается количество эозинофильных клеток в крови и что при посредничестве симпатической нервной системы яичники оказывают влияние на гематопоезическую функцию красного костного мозга. Наиболее примечательной является связь между функциональной активностью яичников и остеомалацией. При этом заболевании обмена веществ мы имеем дело, согласно *общепринятому сейчас предположению Фелинга*, с трофоневрозом костей, стимуляцией сосудорасширяющих нервов костных сосудов, зависящей от рефлекторного импульса от яичников. Соединительный путь между яичниками и костями *Нойссер* находит в этом случае также в симпатической нервной системе.

Рефлекторное воздействие, оказываемое на сердце и общее кровообращение, было продемонстрировано также результатами операций на женских половых органах. В случаях, когда яичники были удалены или с этими органами грубо обращались, *Хегар* заметил значительное снижение частоты пульса, иногда даже прекращение работы сердца. При аналогичных обстоятельствах у *Шампоньера* также наблюдалось, как правило, снижение частоты пульса, но в некоторых случаях его частота увеличивалась. *Мариагалли* и *Негри* описали тахикардию после лапаротомии и экстирпации двойного пиосальпинкса. *Компания Bonvalot* опубликовала случаи, в которых в результате вагинальных или внутриматочных инъекций, в результате простого обследования и в результате выполнения версии внезапная смерть наступила в результате сердечного обморока.

Психические воздействия, исходящие от женских половых органов в различные периоды сексуальной жизни, имеют также большое значение для организма в целом. Разнообразные импульсы, как стимулирующие, так и угнетающие, возникающие в репродуктивных органах, влияют на работу ума. На девушку в период полового созревания влияет знание сексуальности; на половозрелую женщину - желание сексуального удовлетворения и тоска по материнству; на жену - процессы беременности, родов и кормления грудью или, с другой

стороны, удручающее сознание бесплодия; на женщину в климактерический период - осознание исчезновения ее сексуальной потенции. Стимуляция окончаний чувствительных нервов в половых органах оказывает дополнительное симпатическое влияние на разум. Из-за усиления такой стимуляции, из-за ее распространения на соседние нервы и нервные пути и на всю нервную систему, мозг подвергается воздействию, непосредственно в результате облучения или косвенно в результате вазомоторных процессов и гиперестезии позвоночника.

Психические проявления и связанные с ними нервные состояния довольно часто, а иногда даже настоящие психозы, встречаются на различных этапах сексуальной жизни женщины, иногда принимая форму сильных сексуальных штормов, которые действительно могут, как обычные менструальные рефлексы, сопровождать каждый менструальный период.

Большой интерес представляют факты, которые, особенно в последнее время, были научно установлены, указывающие на определенную периодичность, на волнообразное движение общих телесных функций женского организма, зависящих от сексуальной жизни. Наблюдения *Гудмена, Якоби, фон Отта, Рабюто, Рейнля и Шихарева* показали, что у женщины основные жизненные процессы протекают по циклу, состоящему из стадий повышенной и пониженной интенсивности, и что эта периодичность основных общих процессов жизнедеятельности находит выражение также в функциях репродуктивных органов. *Гудмен* сравнил эту игру общих жизненных функций с волнообразным движением. Согласно этому автору, жизнь женщины проходит в несколько этапов, каждый из которых по продолжительности соответствует одному менструальному циклу. Каждая из этих стадий состоит из двух отдельных половин, в которых жизненные процессы соответственно ослабевают и протекают: на последней мы видим усиление всех жизненно важных процессов, большее выделение тепла, повышение кровяного давления и повышенное выделение мочевины; на первой, напротив, мы видим, что все эти жизненно важные процессы проявляют меньшую интенсивность. Момент, когда период повышенной жизнедеятельности подходит к концу, момент, когда начинается отлив, соответствует, согласно *Гудману*, началу менструального цикла.

Гудман искал подтверждения этой волновой теории сексуальной жизни женщины в определенных данных, касающихся температуры тела и кровяного давления. Более обширное исследование было предпринято *Якоби*, которая в результате своих наблюдений пришла к следующим выводам. В восьми случаях она заметила в предменструальный период повышение температуры в диапазоне от $0,05^{\circ}\text{C}$ до $0,44^{\circ}\text{C}$ ($0,09^{\circ}\text{F}$.- $0,79^{\circ}\text{F}$.); а во время менструальных выделений постепенное понижение на $0,039^{\circ}\text{C}$.- $0,25^{\circ}\text{C}$. ($0,072^{\circ}\text{F}$.- $0,45^{\circ}\text{F}$.), никогда не ниже, то есть, чем на четверть градуса по Цельсию; но в большинстве случаев температура, пока длилась менструация, не возвращалась к нормальному среднему значению. Кроме того, в большинстве случаев она наблюдала повышенную экскрецию мочевины в предменструальный период и заметное падение артериального давления во время менструации.

Наблюдения Рейнля за здоровыми женщинами, у которых менструации протекали нормально, показали, что в подавляющем большинстве случаев в предменструальный период температура была повышенной по сравнению с периодом менструации, что в одиннадцати из двенадцати случаев температура постепенно снижалась во время менструации, опускаясь в трех четвертях случаев ниже средней температуры за весь интервал, а в постменструальный период проявляясь еще большим снижением, уступая место, однако, несколько более высокой средней температуре в течение первой половины

интервала. Во второй половине интервала наблюдалась более высокая средняя температура, чем в первой половине.

Если мы представим графически средние различия в температуре, обычно наблюдаемые на различных стадиях всего менструального цикла, мы увидим, что кривая действительно имеет форму волны. То, что нарисовал *Рейнл*, показано на следующем рисунке: (рис. 5.)

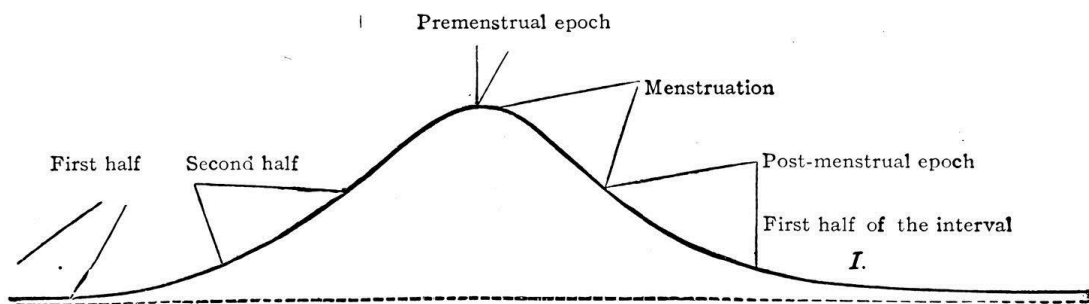


Рис. 5.

Восходящая часть волны, начало приливного течения, соответствует второй половине интервала; высота приливного течения, гребень волны, соответствует предменструальному периоду. Когда прилив сменяется отливом, когда волна начинает спадать, мы подходим к фактическому периоду менструальных выделений; более поздний период отлива приходится на постменструальную эпоху, и самая низкая часть спадающей волны соответствует первой половине интервала. Были зарегистрированы ритмические изменения, соответствующие наблюдаемым в температуре, по крайней мере, на отдельных стадиях менструального цикла, влияющие на кровяное давление по *Якоби* и по *фон Отту*, влияющие на выделение мочевины по *Якоби* и по *Рабюто*, и влияющие на пульс по *Хеннигу*. Очевидно, что жизнедеятельность организма достигает своего максимума незадолго до менструации; и что с появлением менструальных выделений или непосредственно перед ними начинается снижение этой активности.

Шрейдер в ходе своих исследований метаболизма во время менструации в связи с состоянием функций организма во время этого процесса установил, что непосредственно перед менструацией выведение азота из фекалий и мочи является самым низким, и этот факт указывает на то, что в этот период менструального цикла распад белка в организме заметно снижается.

Фон Отт обнаружил в тринадцати случаях из четырнадцати, что в начале менструальных выделений или непосредственно перед ними происходило значительное падение артериального давления, и что на протяжении всего менструального цикла давление почти всегда оставалось ниже среднего, не повышаясь до окончания менструации; это падение артериального давления во время менструации было более значительным, чем можно было объяснить умеренным кровотечением. Тот же автор совместно с *Schichareff* обследовал пятьдесят семь здоровых женщин в отношении теплового излучения, мышечной силы, дыхательной способности, силы выдоха и вдоха и сухожильных рефлексов. Он обнаружил, что энергетические функции женского организма увеличиваются перед началом менструации, но снижаются с появлением менструальных выделений или непосредственно перед ними. Он продемонстрировал это ритмическое изменение жизненных процессов с помощью следующей кривой, на которой линия *Ab* представляет эти физиологические изменения, в то время как на линии абсцисс записаны дни наблюдения, а интервал *mn* представляет период менструации. Степень интенсивности объединенных функций обозначается цифрами 0-100 по ординате.

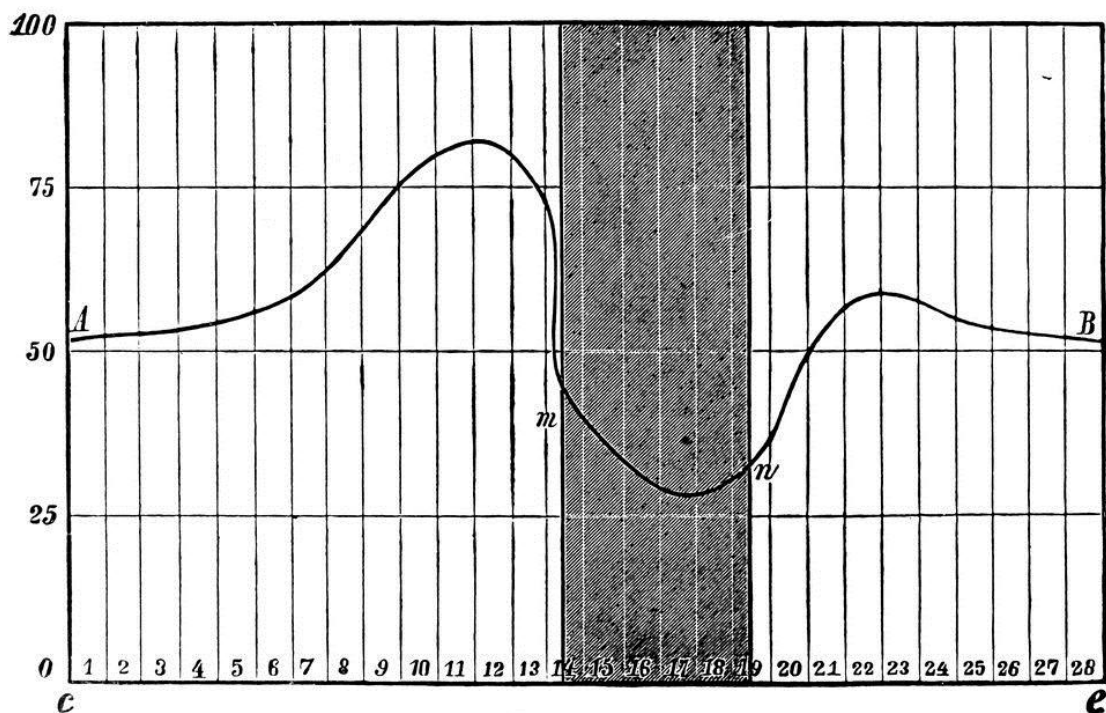


Рис. 6.

Еще одна точка зрения, с которой можно рассматривать влияния, воздействующие на женский организм в целом, совсем недавно стала очевидной в результате доктрины *Брауна-Секара*, касающейся внутренней секреции желез внутренней секреции. Что касается женских репродуктивных желез, которые в силу их строения должны быть отнесены к группе желез без протоков, и все же из-за их секреторной функции должны быть отнесены к железам внутренней секреции (так что природа яичника - это железа внутренней секреции без выводного протока), то, по-видимому, эти железы связаны не только со специфическими женскими репродуктивными функциями менструации и овуляции, но что они также оказывают мощное влияние на процессы питания, на метаболизм и гематопоез, а также на рост и развитие в их умственных, а также физических отношениях. .

Предполагается, что эти железы при нормальных условиях обогащают кровь определенными веществами, которые частично способствуют гематопоезу, а частично, регулируя сосудистый тонус в различных органах, участвуют в нормальных процессах ассимиляции и общем метаболизме. Согласно *Этьену и Деманжу*, овариин обладает окислительной способностью, аналогичной той, которой обладает спермин. Таким образом, становится легко понять, как нарушения в функциях яичников приводят к нарушениям в процессах общего обмена веществ и ассимиляции. Некоторые идут еще дальше, хотя при этом они отходят от достоверных фактов, предполагая, что яичник при определенных обстоятельствах вырабатывает токсины, или что нормальный яичник обладает антитоксической функцией, и говоря о случайной аутоинтоксикации организма яичниками или о менструальной интоксикации. Таким образом, хлороз некоторыми рассматривается как нарушение матопоеза, зависящее от ненормального состояния женских репродуктивных органов в период развития и связываемое с нарушением внутренней секреции яичников (*Шаррин, фон Норден, Салмон, Этьен и Деманж*). И в настоящее время общепринято, что предположение основано на наблюдениях, недавно сделанных относительно органотерапевтического

применения химических компонентов яичников, что многие расстройства, и особенно те, которые связаны с сосудодвигательной системой, распространенные во время климактерического периода, зависят от дефицита продуктов внутренней секреции яичников, который сопровождается прекращением менструаций.

Недавние экспериментальные исследования по этому вопросу показали, что взаимосвязь между женскими половыми органами и организмом в целом, между функциями репродуктивных органов и функциями других органов зависит не только от нервных воздействий, но что в этой взаимосвязи кровеносная и лимфатическая сосудистая системы также играют свою роль. *Гольц* доказал реальным экспериментом, что нервное влияние на менструацию и овуляцию не является единственным определяющим фактором. У суки он рассек спинной мозг на уровне первого поясничного позвонка и наблюдал, как только животное оправилось от операции, появление обычных признаков течки; сука была оплодотворена и родила одного живого и двух мертвых щенков; лактация и сосание проходили, как у нормального животного. Когда сука была убита и тело обследовано, было обнаружено, что в разорванном спинном мозге не произошло воссоединения.

Эксперименты *Халбана* дали аналогичные результаты. Он обнаружил, что у человекообразных обезьян, если яичники удалить из их нормального положения и успешно пересадить в какую-нибудь область, удаленную от половых органов, животные сохраняют способность к менструации. Но если яичники, которые были пересажены под кожу или под брюшину, впоследствии полностью удаляются, менструации, которые регулярно продолжались после первой операции, полностью прекращаются после второй. Из этих экспериментов следует, что прекращение менструального процесса может быть вызвано посредничеством лимфатической или кровеносно-сосудистой системы, отсутствием своего рода внутренней секреции.

Лоуи и *Рихтер* также экспериментально доказали, что у стерилизованных сук потребление азота меньше примерно на 20%. и общий газообмен уменьшается примерно на 9% по сравнению с тем, что происходит у нормальных животных, и что это изменение дыхательного метаболизма длится в течение длительного времени после офориэктомии, на целых девять-двенадцать месяцев. Если таким животным давать в пищу высушенные яичники, газообмен повышается до прежнего уровня и даже выше.

Волнообразное движение жизненно важных процессов у женщины, по-видимому, каким-то образом зависит от овуляции, хотя природа этой связи до сих пор не была полностью выяснена. Эта точка зрения подтверждается тем фактом, что подобных ритмических изменений в функциях организма не может быть обнаружено ни у девочек моложе тринадцати лет, ни у женщин в возрасте от пятидесяти восьми до восьмидесяти лет, у которых полностью прекратилась менструальная активность. Менструальный ритм начинается в период полового созревания и заканчивается, когда прекращается овуляция.

Дальнейший вклад в учение о волнообразном движении жизненных процессов у женщины можно найти в моих собственных наблюдениях о том, что патологические симптомы, которые стали проявляться до и во время первого наступления менструации и доставляли лишь небольшие неприятности в течение периода развитой и регулярной сексуальной активности, склонны возобновляться, когда менструации прекращаются, и становиться такими же заметными, какими они были в начале сексуальной жизни. Женщины, которые в период полового созревания страдали от сердечных заболеваний, расстройств пищеварения или от различных форм нервного раздражения, и у которых по мере взросления эти расстройства более или менее прекратились, склонны в климактерический период проявлять, как я часто имел возможность наблюдать, резкое возвращение этих симптомов в форме, в зависимости

от случая, тахикардии, диспепсических расстройств или психоневрозов. В этой связи мы можем упомянуть наблюдение *Потена*, который выделяет особую форму хлороза, возникающую у лиц слабого телосложения, которая, хотя и кажется излеченной, вновь появляется в период менопаузы.

С сексуальной жизнью женщины связан еще один атрибут, тесно связанный с представлением о женском поле, который с первобытных времен человечества наполнял мужчин восторгом, а поэтов вдохновением, — атрибут красоты.

Красота женщины, ярко выраженный вторичный половой признак, впервые проявляется в период полового созревания, когда формы девочки, до сих пор недифференцированные по своей внешней телесной конфигурации, начинают приобретать мягкий и округлый вид, когда черты лица становятся правильными, увеличивается грудь и начинают расти волосы на лобке — короче говоря, когда к уже существующим первичным половым признакам добавляются вторичные половые признаки.

Женская красота продолжает увеличиваться до достижения половой зрелости. На третьем десятке лет жизни женщина достигает вершины своей сексуальной жизни и в то же время достигает совершенства своей красоты.

Последующие сексуальные фазы - беременность, роды и лактация - влекут за собой увядание красоты, правда, не быстрое, а наступающее постепенно, с медленным, но уверенным ходом времени. Органические революции, сопровождающие эти процессы, оставляют следы, запечатленные на поверхности тела заметными и неизгладимыми знаками. Болезни, которые так часто сопровождают выполнение сексуальных функций, нанося ущерб здоровью, также ухудшают красоту.

Женщина, родившая ребенка и кормившая его грудью, начинает набирать вес, и эта тенденция к ожирению становится более выраженной по мере приближения климактерического периода. Грудь становится неэластичной и обвисшей, живот становится некрасиво выпуклым; тонус всего организма постепенно снижается, и вследствие потери эластичности подкожной клетчатки появляются страшные морщины, а черты лица становятся морщинистыми. Красота ушла в прошлое. С прекращением половой жизни внешние вторичные половые признаки исчезают, и пожилая женщина еще дальше, чем старик, удаляется от нашего представления о красоте.

Как *настаивает* Мантегацца, красота, присущая женщинам, всецело сексуальна; иными словами, она зависит от особых функций, которые природа возложила на женщину в великом таинстве деторождения. Одно из самых ярких и поэтичных описаний в древней или современной литературе этих вторичных половых признаков, от которых зависит женская красота, можно найти в "Песне Песней Соломона".

На следующем рисунке (рис. 7) кривая красоты женщины приведена в том виде, в каком она была составлена *Стратцем*. В одном случае она может подниматься очень быстро, чтобы с такой же быстротой снижаться — так называемая *красота смерти*;^[16] в других случаях, опять же, кривая поднимается очень медленно и также очень медленно снижается, кульминация кривой в этом случае достигается позже, а когда достигается, то абсолютно выше, чем в случае более крутой кривой.

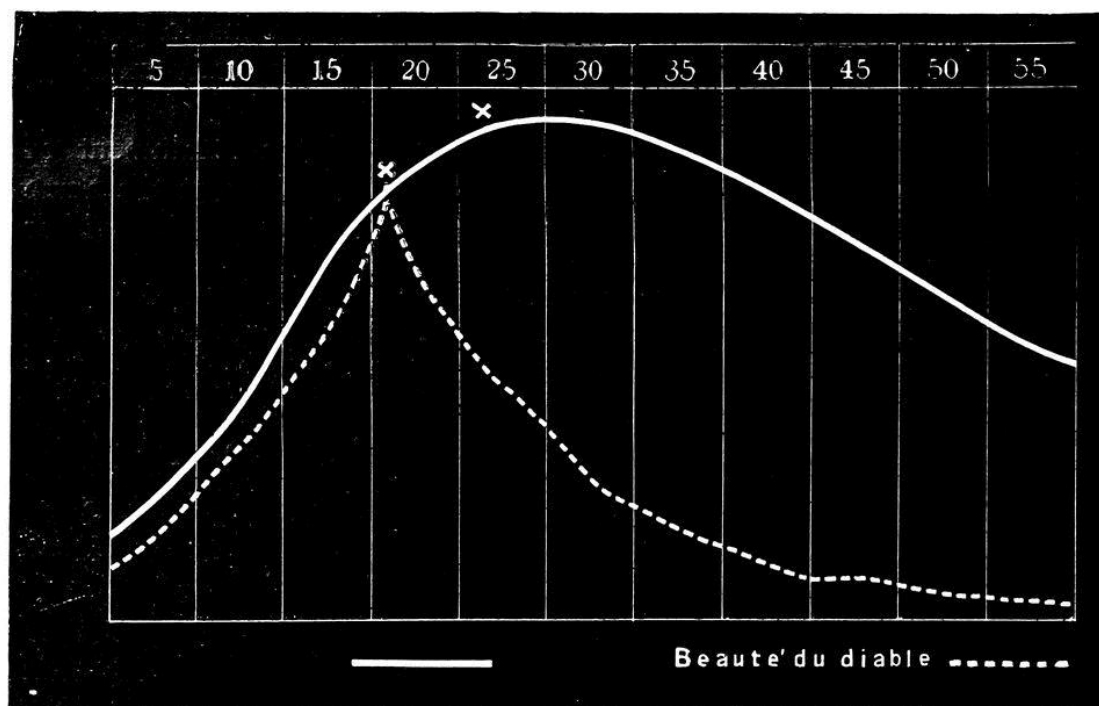


Рис. 7.

Возраст, в котором достигается максимум красоты, очень изменчив. У южных народов это часто происходит уже на четырнадцатом или пятнадцатом году жизни; но у народов тевтонского происхождения, немцев, голландцев, скандинавов и англичан, как правило, не раньше двадцатого года, а может быть, и позже. *Страцу* известны случаи, когда женщины достигали расцвета своей красоты только на тридцатом и даже тридцать третьем году жизни. Тот же автор, наиболее компетентный авторитет в области женской красоты, утверждает, что красивая женщина наиболее красива, когда период максимальной красоты в ее случае совпадает с первым месяцем ее первой беременности. С началом беременности процессы питания ускоряются, все ткани напряженно наполняются, кожа приобретает более нежный и в то же время более яркий оттенок благодаря большей активности кровообращения, грудь становится более упругой. Таким образом, привлекательные характеристики красоты в период ее полной зрелости усиливаются, но лишь на короткое время, поскольку увеличение живота при дальнейшем течении беременности ухудшает стройность фигуры. Наконец, прежде чем оставить эту тему, мы должны указать, что женщины из так называемых высших классов, как правило, достигают зрелости позже и дольше остаются красивыми, чем женщины из рабочих классов.

Степень влияния процессов сексуальной жизни, происходящих в половом органе, на женский организм в целом зависит от многих характеристик, которые в совокупности составляют индивидуальность. Унаследованные характеристики, темперамент и раса играют большую роль в этой связи; и не менее важны социальные условия, окружающая среда, в которой проходят свою жизнь рассматриваемые женщины. Таким образом, у женщин, принадлежащих к более бедным, трудящимся классам, рефлекторные проявления в других органах, зависящих от процессов половых органов, менее часты и менее интенсивны, чем у женщин, принадлежащих к зажиточным слоям общества и культурным классам; меньше также в деревне, чем в больших городах. У флегматиков такие проявления проявляются с меньшей интенсивностью, чем у людей активного, пылкого темперамента; они реже встречаются у лиц с сильным телосложением, чем у тех, кто по наследству наделен неустойчивой нервной системой. Наконец, они реже встречаются в семьях, чье воспитание

было направлено на укрепление конституции и привитие контроля над инстинктивными импульсами, чем среди тех, в ком с раннего детства чувственности и импульсивности был дан полный контроль.

Чрезвычайно изменчивы также симпатические нарушения и болезненные состояния, которые зависят от процессов сексуальной жизни женщины. “Le cri de l’organe souffrant ne vient pas de l’utérus, mais de tout l’organisme,”^[17] says Courty. И большое количество отдельных наблюдений показало, насколько сложны взаимоотношения между здоровыми и нездоровыми женскими половыми органами и другими органами тела, а также организмом в целом. Существуют точные и неоспоримые доказательства такой связи между женскими половыми органами и патологическими изменениями в глазах и ушах, коже, органах дыхания, сосудистой и нервной системах.

На влияние, оказываемое репродуктивной системой на общие жизненные процессы женщины, указывают также общие статистические данные о смертности и частоте заболеваний. Смертность среди женщин, если не принимать во внимание самые ранние годы детства, достигает максимума именно в великие сексуальные эпохи, а именно во время полового созревания, во время беременности, в послеродовом периоде и в климактерический период. Полное выполнение репродуктивных функций влечет за собой более высокий процент заболеваний и смертей; и статистические данные показывают, что смертность замужних женщин в возрасте от двадцати до сорока лет в течение периода, то есть в течение которого вследствие вступления в брак они выполняют обязанности по половому акту и продолжению рода и подвергаются опасностям, связанным с этими половыми актами, намного выше, чем смертность незамужних женщин соответствующего возраста. Заражение гонококком и вирусом сифилиса, хронический сальпингит, метрит и параметрит, различные заболевания беременности, послеродовые заболевания, различные смещения матки, остеомалация — все это патологические состояния, зависимость которых от сексуальной жизни замужней или, по крайней мере, сексуально активной женщины неоспорима. Но полный отказ от сексуальной активности, по-видимому, также оказывает вредное влияние на здоровье и вызывает или, по крайней мере, предрасполагает к болезненным проявлениям. Долгое время предполагалось, что истерия, например, хлороз, миома матки и различные неврозы частично зависят от такого отказа, хотя причинно-следственную связь еще нельзя считать полностью установленной.

Особенно верно в отношении женщины то, что *Риббинг* говорит о сексуальной жизни в целом: “Поскольку вся человеческая жизнь и бытие берет свое начало в сексуальных отношениях, эти сексуальные отношения можно рассматривать как сердце человечества. Мы можем работать день и ночь на благо человечества, мы можем жертвовать ради этого блага нашим временем и нашей кровью, но вся эта работа и все эти жертвы, как мне кажется, останутся бесполезными, если мы пренебрегаем сексуальной жизнью, вечно самообновляющейся начальной школой истинного альтруизма”.

От витальной фазы, в которой, отмеченной видимыми проявлениями полового созревания и первым появлением менструации, предполагается начало овуляции, сексуальная жизнь женщины продолжается до периода жизни, в котором, отмеченного климактерическим прекращением менструации, также прекращается овуляция. Общая продолжительность этого сексуального периода в жизни женщины обычно составляет около тридцати лет; но он подвержен большим колебаниям, от шести до сорока шести лет, согласно имеющейся статистике, эти колебания зависят от климата, расы, конституции и сексуальной активности рассматриваемого лица.

Продолжительность и интенсивность сексуальной жизни женщины зависят от ряда внешних условий, влияющих на личность, но особенно от унаследованных предрасположенностей, от конституциональных условий, от различной жизненной силы личности. Мои собственные наблюдения привели меня к формулировке общего закона, согласно которому, чем раньше женщина (при схожих климатических и социальных условиях в сравниваемых случаях) достигает половой зрелости, тем раньше, то есть когда впервые появляются менструации, тем интенсивнее и продолжительнее сексуальная активность, тем больше у рассматриваемой женщины предрасположенности к многодетности, тем сильнее у нее проявляется сексуальное влечение и тем позже наступает менопауза. По-видимому, у таких женщин более интенсивная жизненная энергия оживляет репродуктивную систему, вызывая более раннее созревание яйцеклеток, более благоприятную предрасположенность этих яйцеклеток к оплодотворению сперматозоидами, более живое проявление сексуальной чувствительности и более длительную функциональную активность яичников.

Мои общие взгляды на этот предмет воплощены в следующих положениях:

1. Продолжительность сексуальной активности у женщин, принадлежащих к странам Южной Европы, меньше, чем у женщин, принадлежащих к странам Северной Европы. По-видимому, в тех климатических условиях, где овуляция начинается раньше, а менструация впервые появляется в более раннем возрасте, менопауза также наступает раньше; но, напротив, в тех климатических условиях, где половое созревание наступает поздно, снижение сексуальной активности аналогичным образом откладывается.
2. Женщины в нашем средневропейском климате, у которых половое созревание наступает в раннем возрасте, а первая менструация происходит в возрасте от тринадцати до шестнадцати лет, демонстрируют более продолжительную продолжительность сексуальной жизни, менструальной функциональной активности, чем женщины, у которых менструация начинается поздно, в возрасте от семнадцати до двадцати лет. Чрезвычайно раннее появление первой менструации — настолько раннее, что кажется совершенно ненормальным, — имеет, однако, то же значение, что и аномально позднее начало менструации; и то, и другое указывает на то, что сексуальная жизнь будет непродолжительной.
3. Женщины, репродуктивные органы которых были очагом достаточной функциональной активности, которые имели частые половые сношения, родили нескольких детей и сами кормили грудью своих детей, имеют более продолжительную сексуальную жизнь, что проявляется в продолжении менструаций, чем женщины, обстоятельства которых были прямо противоположными этим, например, незамужние женщины, женщины, рано овдовевшие, и бесплодные женщины. Однако половой акт в очень раннем возрасте ускоряет наступление климактерического периода и прекращение половой жизни. Тот же результат возникает при тяжелых или слишком частых родах.
4. Сексуальная жизнь имеет меньшую продолжительность у женщин рабочего класса и принадлежащих к низшим слоям социальной жизни, как по сравнению с женщинами из высшего класса и состоятельными. Телесные лишения, горе и тревога также ускоряют наступление сексуальной смерти.
5. У слабых и постоянно болеющих женщин сексуальная жизнь короче, чем у женщин крепкого телосложения и всегда в добром здравии. Когда на различных сексуальных фазах появляются нарушения, снижение сексуальной активности наступает раньше, чем у женщин, чьи функции в этом отношении были нормальными. Определенные конституциональные состояния, такие как крайнее ожирение, определенные острые

заболевания, такие как брюшной тиф, малярия и холера, а также определенные заболевания матки и ее оболочки, например, хронические воспалительные состояния, приводят к заметному сокращению продолжительности сексуальной жизни.

В 500 случаях, которые попали под мое личное наблюдение, у женщин самых разных национальностей продолжительность сексуальной жизни, о чем свидетельствует продолжительность менструации, была следующей:

Менструация продолжалась в течение:

6 лет у	1 женщины.
7 лет у	1 женщины.
9 лет у	2 женщин.
11 лет у	4 женщин.
15 лет у	6 женщин.
16 лет у	8 женщин.
17 лет у	12 женщин.
18 лет у	15 женщин.
19 лет у	9 женщин.
20 лет у	6 женщин.
21 год у	18 женщин.
22 года у	20 женщин.
23 года у	24 женщин.
24 года у	18 женщин.
25 лет у	16 женщин.
26 лет у	25 женщин.
27 лет у	26 женщин.
28 лет у	29 женщин.
29 лет у	36 женщин.
30 лет у	22 женщин.
31 год у	32 женщин.
32 года у	49 женщин.
33 года у	31 женщины.
34 года у	26 женщин.
35 лет у	12 женщин.
36 лет у	12 женщин.
37 лет у	10 женщин.
38 лет у	8 женщин.
39 лет у	6 женщин.
40 лет у	2 женщин.
43 года у	2 женщин.
45 лет у	1 женщины.

46 лет у 1 женщины.

Таким образом, мы видим, что продолжительность сексуальной жизни варьируется от 6 до 46 лет. Наиболее частая продолжительность - 32 года, следующая за этой - 29, следующая снова - 31, 33 и 37 лет, соответственно. Только у 6 женщин продолжительность сексуальной жизни превышала 40 лет, и только у 4 она была менее 11 лет. В половине всех моих случаев продолжительность сексуальной жизни составляла от 27 до 34 лет, и из этих цифр мы получаем среднюю продолжительность около 30 лет.

Для Северной Германии *Кригер* приводит данные, из которых следует, что в этом регионе средняя продолжительность сексуальной жизни составляет 30,49 лет. Более чем в половине из 722 случаев, зарегистрированных этим автором, продолжительность заболевания составляла от 31 до 37 лет. В отдельных случаях продолжительность была очень короткой, не превышая 8, 9 или 10 лет, или, с другой стороны, целых 47 лет; в то время как количество случаев увеличивалось довольно регулярно вплоть до 34 лет, а затем снова уменьшалось.

Что касается Австрии, то *компания Szukits* собрала информацию о 269 женщинах и обнаружила, что у них продолжительность сексуальной жизни варьировалась от 12 до 45 лет. Средняя продолжительность составила 29,16 года; более чем у половины женщин период сексуальной активности длился от 21 до 30 лет; самый короткий наблюдаемый период составил 12 лет, самый длинный - 45 лет.

Период сексуальной активности длился:

12 лет у	2 женщин.
14 лет у	1 женщины.
15 лет у	2 женщин.
17 лет у	3 женщин.
19 лет у	3 женщин.
20 лет у	17 женщин.
21 год у	10 женщин.
22 года у	7 женщин.
23 года у	5 женщин.
24 года у	17 женщин.
25 лет у	7 женщин.
26 лет у	13 женщин.
27 лет у	5 женщин.
28 лет у	26 женщин.
29 лет у	18 женщин.
30 лет у	17 женщин.
31 год у	8 женщин.
32 года у	8 женщин.
33 года у	13 женщин.
34 года у	8 женщин.
35 лет у	18 женщин.
36 лет у	19 женщин.

37 лет у 14 женщин.
38 лет у 9 женщин.
39 лет у 8 женщин.
40 лет у 1 женщины.
42 года у 1 женщины.
43 года у 1 женщины.
44 года у 2 женщин.
45 лет у 2 женщин.

В Польше, согласно *Рачиборскому*, продолжительность половой жизни составляет у еврейки 23 года, а у женщин славянской крови 31 год.

Во Франции, по данным *Курти* и *Пуэша*, обычная продолжительность сексуальной жизни составляет от 28 до 30 лет.

Согласно *Пуэчу*, у 10 женщин менструальная активность продолжалась:

33 года у 2 женщин.
35 лет у 1 женщины.
36 лет у 2 женщин.
39 лет у 2 женщин.
43 года у 2 женщин.
44½ года у 1 женщины.

Бриер де Бумон приводит следующие сведения о продолжительности менструальной активности у 178 француженок:

5 лет у 1 женщины.
6 лет у 1 женщины.
8 лет у 1 женщины.
11 лет у 1 женщины.
16 лет у 4 женщин.
17 лет у 4 женщин.
18 лет у 1 женщины.
19 лет у 3 женщин.
20 лет у 3 женщин.
21 год у 4 женщин.
22 года у 3 женщин.
23 года у 12 женщин.
24 года у 8 женщин.
25 лет у 8 женщин.
26 лет у 11 женщин.
27 лет у 7 женщин.
28 лет у 6 женщин.

29 лет у	7 женщин.
30 лет у	13 женщин.
31 год у	13 женщин.
32 года у	9 женщин.
33 года у	9 женщин.
34 года у	7 женщин.
35 лет у	5 женщин.
36 лет у	10 женщин.
37 лет у	6 женщин.
38 лет у	5 женщин.
39 лет у	2 женщин.
40 лет у	7 женщин.
41 год у	1 женщины.
42 года у	3 женщин.
44 года у	2 женщин.
48 лет у	1 женщины.

Для Англии, *Tilt* дает среднюю продолжительность менструальной активности, наблюдаемую у 500 женщин, равную 31,21 годам; она варьируется от 11 до 47 лет; случаев с периодом 34 года больше, чем с любым другим целым числом лет. *Tilt* обнаружил, что длительность составляет:

11 лет у	1 женщины.
13 лет у	1 женщины.
15 лет у	3 женщин.
16 лет у	1 женщины.
17 лет у	2 женщин.
18 лет у	4 женщин.
19 лет у	1 женщины.
20 лет у	3 женщин.
21 год у	6 женщин.
22 года у	11 женщин.
23 года у	11 женщин.
24 года у	10 женщин.
25 лет у	22 женщин.
26 лет у	11 женщин.
27 лет у	25 женщин.
28 лет у	29 женщин.
29 лет у	35 женщин.
30 лет у	36 женщин.
31 год у	33 женщин.

32 года у 38 женщин.
 33 года у 35 женщин.
 34 года у 49 женщин.
 35 лет у 33 женщин.
 36 лет у 26 женщин.
 37 лет у 16 женщин.
 38 лет у 15 женщин.
 39 лет у 15 женщин.
 40 лет у 6 женщин.
 41 год у 4 женщин.
 42 года у 7 женщин.
 43 года у 5 женщин.
 44 года у 3 женщин.
 45 лет у 1 женщины.
 46 лет у 1 женщины.
 47 лет у 3 женщин.

Для Лондона средний показатель составляет 34 года; для Парижа - 30 лет; для Вены - 29 лет; и для Берлина - 34 года.

На основе данных различных наблюдателей, полученных от представителей разных национальностей, была составлена следующая таблица, отражающая среднюю продолжительность сексуальной жизни:

Сравнительная таблица, показывающая продолжительность сексуальной жизни у различных национальностей.

	Германи я.	Австрия .	Франция .	Англия.	Дания.	Норвеги я.	Россия .
Число случаев	722	265	178	500	312	391	100
Средняя продолжительнос ть менструальной активности в годах	30,4	29,1	29,1	31,8	27,9	32	31
Имена наблюдателей	Кригер, Л. Майер.	Секиц.	Brierre de Boismon t.	Уайтхед .	Ганнове р.	Фэй и Фогт.	Ливен.

В умеренном поясе сексуальная жизнь женщины длится дольше, чем в более холодных и субарктических регионах. Еще более благоприятен контраст между умеренным поясом и тропическими странами, в которых продолжительность периода менструальной активности ограничена восемнадцатью-двадцатью годами. Согласно некоторым отдельным наблюдениям, продолжительность сексуальной активности арабских женщин в Африке составляла всего девять лет.

Определенное влияние на продолжительность сексуальной жизни оказывает начало менструации в более раннем или более позднем возрасте, чем в среднем. Общая продолжительность менструальной активности более изменчива у женщин, у которых менструации начинаются рано, чем у женщин, у которых менструации начинаются поздно, у которых продолжительность сексуальной жизни более регулярна. У тех женщин, у которых менструации начинаются рано, средняя продолжительность половой жизни составляет около тридцати трех лет, у тех, у кого менструации начинаются поздно, - около двадцати семи лет.

Следующие данные, основанные на наблюдении за 250 случаями, опубликованы W. Guy относительно продолжительности сексуальной жизни, то есть менструальной активности, у женщин, у которых менструация начинается рано, и у женщин, у которых менструация начинается поздно, соответственно:

<i>Начались менструации.</i>	<i>Продолжительность половой жизни.</i>
В 5 случаях на 8-10-м году жизни, что в среднем составляет	36,60 лет.
В 70 случаях, 11-го по 13-й год	в среднем 33.65 лет.
В 110 случаях 14-го по 16-й год	в среднем 30.85 лет.
В 56 случаях с 17 по 19 год, что	в среднем составляет 28,35 года.
В 9 случаях на 20-м году жизни или позже, что составляет	в среднем 20,45 года.

Дальнейший анализ этих 250 случаев приведен Гаем в следующей таблице:

<i>Первое появление менструации.</i>	<i>Средний возраст прекращения менструации, в годах.</i>	<i>Продолжительность менструальной активности.</i>
В 1 случае на 8-м году жизни	42	34 года.
В 2 случаях на 9-м году жизни	46	37 лет.
В 2 случаях за 10-й год	47	37 лет.
В 10 случаях за 11-й год	47,10	36,10 лет.
В 29 случаях в 12-м году	45,34	33,34 года.
В 31 случае в 13-м году	46,16	33,16 года.
В 39 случаях в 14-м году	45,33	31,33 года.
В 40 случаях в 15-м году	46,30	31,30 лет.
В 41 случае в 16-м году	46,14	30,14 лет.

В				
В	26 случаях за	17-й год	45,18	28,18 года.
В	19 случаях в	18-м году	46,87	28,87 года.
В	11 случаях в	19-м году	46,18	27,18 года.
В	5 случаях в	20-м году	40,80	20,80 лет.
В	3 случаях в	21-м году	41,66	20,66 лет.
В	1 случае за	23-й год	41	18 лет.

Ганновер также приводит данные о связи между продолжительностью менструальной активности и ранним или поздним появлением менструаций. Эти данные сведены в таблицу следующим образом:

<i>Первое появление менструации.</i>		<i>Средний возраст прекращения менструации, в годах.</i>		<i>Продолжительность менструальной активности.</i>
В	5 случаях на	12-м году жизни	47,80	35,80 лет.
В	10 случаях на	13-м году	45,89	32,89 года.
В	50 случаях в	14-м году	44,98	30,98 лет.
В	34 случаях в	15-м году	45,56	30,56 лет.
В	38 случаях в	16-м году	44,13	29,13 лет.
В	36 случаях в	17-м году	43,00	26,00 лет.
В	49 случаях в	18-м году	44,96	26,96 лет.
В	33 случаях в	19-м году	44,79	25,79 лет.
В	38 случаях в	20-м году	45,36	25,36 лет.
В	10 случаях на	21-м году жизни	44,10	23,10 года.
В	4 случаях	22-м году	43,50	21,50 года.

В				
В	3 случаях	23-м году	44,33	21,33 года.
В				
В	4 случаях	24-й год	39,50	15,50 лет.
	за			

Итоги: В 412 случаях средний возраст наступления менопаузы составил 44,82 года, а средняя продолжительность менструальной активности - 27,973 года.

Из таблиц *Л. Майер, Кригер* провел сравнение продолжительности менструальной активности у 101 женщины, у которой менструация началась рано, и у 180 женщин, у которых менструация началась поздно, обнаружив в случае первой среднюю продолжительность 33,673 года, а во втором случае среднюю продолжительность 27,344 года, показывая, таким образом, продолжительность сексуальной жизни в среднем на 6,429 лет у тех, у кого половое созревание наступило рано, по сравнению с теми, у кого половое созревание наступило поздно.

Из таблиц *Tilt*, основанных на наблюдении за 164 случаями, 76 женщинами, у которых менструация появилась рано, и 88 женщинами, у которых она появилась поздно, мы узнаем, что у первых самая короткая продолжительность менструальной активности составила 18 лет, у последних - 12 лет; у первых самая продолжительная продолжительность составила 37 лет, у последних - только 33. У большинства из тех, у кого менструация началась рано, менструации продолжались в течение 28, 31, 32, 33, 34, 35, 36, 38, или 39 лет; у тех, у кого менструация началась поздно, в течение 23, 27, 28, 30 или 31 года. Средняя продолжительность половой жизни у тех, у кого менструации начались рано, составила 33,66 года; у тех, у кого менструации начались поздно, она составила 28,28 года. Поскольку средняя продолжительность менструальной функции определяется *Tilt* как 31,33 года, те, у кого менструация началась рано, превысили это среднее значение на 2,33 года, в то время как у тех, у кого менструация началась поздно, продолжительность менструальной активности была по крайней мере на три года меньше средней.

В дополнение к климату, национальности и возрасту, в котором начинаются менструации, сексуальная активность женщин также оказывает влияние на продолжительность их сексуальной жизни, и особое значение в этой связи имеют количество рожденных детей, а также осуществление или пренебрежение функцией лактации. Из моих собственных наблюдений по этому поводу следует, что у женщин здорового и крепкого телосложения, чьи репродуктивные органы были достаточно тренированы, которые родили нескольких детей и сами кормили этих детей грудью, продолжительность менструальной активности в целом заметно больше, чем у женщин, обстоятельства которых в этом отношении были прямо противоположными. Среди женщин в моей собственной серии случаев, у которых менструальная активность длилась дольше всего, из 177 женщин, у которых менструации прекратились между сорок пятым и пятидесятым годами жизни, только 1 не была замужем, 2 были замужем, но бездетны, 32 были женаты только с 1 или 2 детьми и 142 были замужем и имели более 2 детей; из 89 женщин, у которых менструации прекратились между пятидесятым и пятьдесят пятым годами жизни, ни одна не была ни незамужней, ни бездетной, 19 были замужем с 1 или 2 детьми, 17 были замужем и имели более 2 детей; из 17 женщин, у которых менструации прекратились между пятидесятым и пятьдесят пятым годами жизни, ни одна не была ни незамужней, ни бездетной, 19 были замужем с 1 или 2 детьми, у которых менструации прекратились позже пятьдесят пятого года жизни, было всего 2, у которых было менее 2 детей, но 10, каждая из которых родила от 6 до 8 детей. Аналогичное

влияние оказывает функция лактации. Среди 40 женщин, которые не кормили грудью своих детей, средняя продолжительность менструальной активности была на 4 года меньше общего среднего значения.

Что касается условий жизни, то *Л. Майер* утверждает, что продолжительность сексуальной активности среди состоятельных женщин в среднем на полтора года больше, чем среди женщин рабочего класса.

Мечников обратил внимание на поразительную дисгармонию в развитии трех фаз сексуальной жизни женщины, поскольку сексуальное влечение, союз полов и способность к деторождению, которые, учитывая их природу и назначение, можно было бы ожидать, что они будут настроены таким образом, чтобы действовать в гармонии, на самом деле не проявляют такой связи; различные факторы сексуальной функции развиваются независимо и негармонично. У ребенка, еще не приспособленного к выполнению функции продолжения рода, сексуальное влечение тем не менее проявится и может быть использовано не по назначению. У девочки таз не достигает того полного развития, которое позволяет ему приспособиться к процессу родов, до достижения двадцатилетнего возраста, в то время как половое созревание наступает в возрасте шестнадцати лет. “Десятилетняя девочка способна стремиться сыграть роль женщины, но не раньше шестнадцати лет она подходит для этой роли, как и не годится становиться матерью раньше двадцати лет”.

В целом, мы можем сказать относительно женщин нашей части света, что у тех, кто здоров, кто ведет регулярный образ жизни, хорошо питается, свободен от давления тревог, их сексуальные функции достаточно реализованы, продолжительность сексуальной жизни больше, чем у женщин, обстоятельства которых противоположны только что перечисленным. Признаком упадка является то, что женщины из зажиточных слоев общества, ведущие легкую жизнь, проявляют меньшую продолжительность сексуальной жизни. Величайшая физическая сила и высочайшее этическое развитие связаны с удлинением жизни в целом, а также с удлинением сексуальной жизни женщины и сексуальной потенции мужчины. Упадок морали и культуры влечет за собой уменьшение сексуальной жизнеспособности, и это справедливо как для отдельных людей, так и для семей и для наций. Женщину почитают и ценят тем больше, чем дольше длится ее сексуальная жизнь; женщина, у которой сексуальная жизнь коротка, быстро теряет ценность и значимость как в домашних, так и в социальных кругах.

Социальная значимость сексуальной жизни женщины непропорционально больше и шире, чем сексуальность мужчины, поскольку первая связана с фундаментальными принципами социальной жизни человека, влияет на устройство семьи и контролирует благо грядущей расы. Сексуальная чистота, которая для юноши является романтической мечтой, для девушки является жизненно важным условием существования; прелюбодеяние, которое для мужа является простительным проступком, для жены является непреодолимым грехом, совершенным против семейной жизни. Свободе мужчины в любовных делах противопоставляется строгая сдержанность женщины, основанная на моногамном браке. Сексуальные потребности и желания женщины преобразуются идеальным образом посредством чувства долга жены и матери; неистовое давление сексуального импульса сдерживается противодействием этических сил. Когда это сдерживание терпит неудачу, срыв с рельсов, который следует за этим, оказывает гораздо более глубокое влияние на женщину, чем на мужчину, влияние, не ограниченное ее собственной личностью, но затягивающее всю семью в пучину последствий, в глубины морального и физического разрушения.

Хотя природа везде одинакова, сексуальная жизнь женщины проявляет в различных градациях социальной жизни различные внешние проявления, от жестокого сексуального контакта, который не слишком избегает публичности, до современной так называемой философской свободной любви. И во всех вариациях остаются два самых темных момента: незаконнорожденный ребенок и венерическая инфекция, оба из которых влекут за собой для женщины самые невыразимые тревоги и величайшие из возможных страданий, в то время как мужчина, который виноват в обоих случаях, остается сравнительно невредимым.

Социальное сексуальное положение женщины в настоящее время больше всего страдает из-за зрелого возраста, в котором при существующих социальных условиях только мужчины могут вступать в брак, и из-за постоянно растущего числа случаев венерического заражения. В обоих этих направлениях социальные науки и медицинские навыки должны работать рука об руку для улучшения сексуальной жизни женщины.

На двадцатый век ложится обязанность найти решение этих проблем. Спорящие голоса раздаются со всех сторон. Толстого жесткого спроса за полного сексуального воздержания, утешение, профессоров немецких университетов, их студентов в пользу моральной чистоты, организаций, для официального профилактика венерических болезней, агитация среди юношей в пользу воздержания от половых сношений до брака, наконец, крикливый, голоса сторонников прав женщин—все это влияет в сфере сексуальной морали, которые должны привести медленно, но верно масштабные социальные изменения в сексуальной жизни женщин.

Обсуждение сексуальной жизни женщины, которая на протяжении многих веков была скрыта плотной завесой от глаз профанов или рассматривалась только через матовое стекло поэтической метафоры, в последнее время приобрело совершенно отвратительный характер. Мало того, что приобретенные свободы и социальные цели сегодняшнего дня имеют тенденцию предоставлять женщинам в целом более свободное и высокое положение, освобождать их от уз, в которых они так долго были скованы из-за условий семейной жизни, но некоторые члены партии за права женщин идут еще дальше и требуют для женщин большей свободы в сфере сексуальной активности.

С этой целью сексуальная жизнь женщины используется как точка опоры рычага и выводится из сумрака на открытый дневной свет или даже слишком часто на ослепительное и совершенно ложное освещение. Особенно женщины-писательницы, которые до сих пор привыкли обманывать себя и мир сенсационными изображениями женской души, женской скромности и тонкости женской чувствительности в вопросах секса, теперь находят величайшую радость в том, чтобы обнажить себя и своих сестер перед лицом всего мира и самым простым языком обсудить самые интимные процессы, происходящие в половых органах. В произведениях, не отличающихся хорошим вкусом, хотя тем более темпераментом, они снова и снова подчеркивают только одну сторону сексуальной жизни, а именно сексуальное влечение, сила которого намеренно преувеличена до высокой степени, так что оно описывается как могучий поток страсти, который может с большим трудом сдерживаться в течение некоторого времени, но в конечном итоге должен вырваться на свободу и с разрушительной яростью сокрушить все, что до сих пор считалось дисциплиной и хорошей моралью. Даже молодые девушки выходят на арену, чтобы принять участие в конкурсе, посвященном реформе, которая должна произойти в отношениях между мужчинами и женщинами. Especially sensational in this connection was Eine für Viele. Aus dem Tagebuche eines Mädchens von Vera,^[18] книга, которая, полностью игнорируя биологическую дифференциацию полов и их разнообразный социологический ход развития, заходит так далеко, что настаивает на том, что от мужчины, вступающего в брак, как и от женщины,

следует требовать сексуальной чистоты и девственности. (Героиня книги совершает самоубийство из-за того, что ее возлюбленный в более ранние годы имел опыт полового акта.)

С ошибочной точки зрения другие сторонники прав женщин выступают против идеального метода в сексуальных отношениях, пожизненной моногамии, и идеала сексуальной чувствительности, материнства, и они выдвигают совершенно новые сексуальные претензии от имени женщин, как принадлежащих им по естественному праву. На основании этих утверждений долг врачей, которые действительно знают и по-настоящему ценят женственность, вынести свое суждение, и это суждение, которое найдет достаточное обоснование в последующих описаниях отдельных фаз сексуальной жизни женщины, состоит в том, что современное движение за эмансипацию женщин заходит слишком далеко. Однако мы не хотим сказать, что это движение полностью неоправданно.

Растущую девочку нельзя, как это было до сих пор, держать в состоянии неведения (которое на самом деле в большинстве случаев лишь кажущееся) относительно сексуальных процессов ее собственного тела, она больше не должна, когда просит сообщить ей об этих вопросах, отделяться обычной ложью и увещиваниями. Но ее просвещение не должно осуществляться таким образом, чтобы привести к возбуждению и чрезмерной стимуляции, к пробуждению дремлющих чувств и превращению фантазии во всепожирающее пламя. Сексуальное просвещение не должно служить оправданием для раскрепощения чувствительности. Собираясь замуж, женщина, безусловно, должна быть проинструктирована относительно своих сексуальных обязанностей и прав и как хорошо информированная участвовать в акте, в котором ей предстоит сыграть ведущую роль. Но она не должна, учитывая чрезмерную самооценку, достигнутую в последнее время, рассматривать этого мужчину как своего врага, как того, с кем она всегда имеет право бороться и всегда готова сражаться равным оружием сексуального насилия. Не подлежит сомнению, что идеал "чистого брака" в раннем возрасте высоко ценится как основа сильного будущего поколения; но нельзя упускать из виду истинную природу мужчины и не подвергать его сексуальную честь слишком трудному испытанию. Мы считаем разумным современное требование женщины о том, чтобы в браке не была похоронена ее индивидуальность и чтобы было предоставлено пространство для развития ее личности; но каждый трезвомыслящий человек отвергнет "моральное требование" "идеальной страсти" в соответствии с "полной взаимной свободой" в сексуальных отношениях между мужем и женой и будет рассматривать такую свободную любовь как социальное безумие и как варварский регресс к грубым сексуальным привычкам диких народов. Далее, ввиду постоянно возрастающей интенсивности борьбы за существование и ввиду трудностей задачи воспитания детей, мы не можем не признать, что женщине не подобает перегружать себя задачей воспроизводства, и что она живет не просто и исключительно для вынашивания детей, — но в другую крайность впадают те, кто недооценивает материнство и материнские обязанности, кто презрительно отзывается о женщине, которая является "матерью, и только матерью", кто презирает женщин, которых они рассматривают просто как "средство для производства детей", и те, кто которые используют все возможные методы, чтобы освободить женщин от настоятельных требований природы и общества.

При любых социальных обстоятельствах и во все времена великий принцип сексуальной морали должен доминировать в сексуальной жизни женщины. В качестве этических характеристик трех великих эпох сексуальной жизни мы признаем девичью чистоту, верность жены и любовь матери. Но в пределах, налагаемых этими требованиями, все еще возможно удовлетворить современные требования о свободном развитии личности и

приспособить обстоятельства сексуальной жизни к индивидуальным витальным потребностям и жизненным притязаниям сегодняшнего дня.

I. СЕКСУАЛЬНАЯ ЭПОХА МЕНАРХЕ.

(ПОЛОВОЕ СОЗРЕВАНИЕ.)

Термин *менархе* (μήν, месяц, ἀρχή, начало) был введен мной в медицинскую литературу для обозначения периода жизни, в котором, как признак полового созревания, впервые появляется менструация.....

Возраст, в котором это происходит, варьируется в зависимости от расы, рода занятий, наследственных склонностей и климата; но в Германии и Австрии средний возраст наступления половой зрелости составляет 14 или 15 лет, крайние пределы - от 12 до 19.

Примерно до 13-летнего возраста физическая дифференциация полов, за исключением анатомических особенностей половых органов, в нашем климате незначительна. Но в период полового созревания происходят важные изменения, благодаря которым так разительно различаются полы. В то время как у растущего мальчика все физические изменения принимают форму увеличения силы и энергии, в развитии девочки мы отмечаем появление округлых очертаний, столь характерных для женственности. В то же время голос меняется, становясь менее резким, с более мягким качеством и в то же время более полным тоном; и мы можем заметить, что у молодых брюнеток обычно контральто, у молодых блондинок чаще сопрано. Интеллектуальные изменения, претерпеваемые девочкой в период полового созревания, не менее обширны и характерны, чем физические изменения. Короче говоря, недифференцированная, бесполовая девочка превращается в молодую женщину, наделенную всеми атрибутами, умственными и телесными, характерными для женственности.

Что касается возраста, в котором обычно наступает менархе, и способа, которым его наступление предвосхищается или замедляется различными уже упомянутыми влияниями, то на основе имеющейся статистики и наблюдений можно выдвинуть следующие предположения:

1. Климат является важным фактором. В жаркой зоне менструация появляется в очень раннем возрасте, в среднем с 11 до 14 лет; в умеренной зоне она появляется позже, в среднем с 13 до 16 лет; во фригидной зоне еще позже, в среднем с 15 до 18 лет. Средняя температура атмосферы, по-видимому, оказывает прямое влияние на возраст начала менструации: чем жарче климат, тем раньше наступает менархе. Определенное влияние также оказывают высота места жительства над уровнем моря и его удаленность от побережья.
2. Раса и телосложение оказывают явное влияние на возраст, в котором появляются менструации. У женщин семитских рас менархе наступает раньше, чем у женщин арийских рас. Средний возраст, в котором начинается менструация, у еврейских девочек - с 14 до 15 лет; у мажарских девочек - с 15 до 16; у немецких девочек - с 16 до 16½; и у славянских девочек - с 16 до 17.

В целом менархе наступает раньше у девушек сангвинического, живого темперамента и мощного телосложения, чем у девушек флегматичного темперамента и слабого телосложения; далее, при прочих равных условиях менструация наступает раньше у брюнеток, девушек с черными волосами, толстой кожей, темными глазами и смуглым цветом лица, чем у блондинок, девушек со светлыми волосами, тонкой кожей, голубыми глазами и светлым цветом лица.

3. Возраст, в котором начинаются менструации, также зависит от условий жизни и социальных обстоятельств. В высших кругах общества, у высших, состоятельных классов менструация появляется раньше, чем у женщин трудящихся классов, которые вынуждены бороться за хлеб насущный. Среди девочек из высшего сословия менархе наступает в возрасте 14 лет у одной четвертой от их числа, тогда как среди девочек из низшего сословия едва ли у одной шестой начинаются менструации в возрасте 14 лет.

В крупных городах менструация, опять же, наступает раньше, чем в маленьких городках, в то время как на открытой местности менархе еще больше задерживается. У женщин Парижа средний возраст наступления менархе составляет 14 лет и 6 месяцев, у женщин небольших французских городов - 14 лет и 9 месяцев, у женщин из сельской Франции - 14 лет и 10 месяцев.

Насколько режим питания влияет на получение этих результатов, пока не определено.

4. Время менархе, по-видимому, зависит от наследственности до такой степени, что дочери женщин, у которых менструации начались рано, сами начинают менструировать в раннем возрасте, тогда как в других семьях мы наблюдаем, что и у матерей, и у дочерей менструации начались поздно. Но это соотношение ни в коем случае не является постоянным.

Ploss собрал наблюдения, сделанные в различных странах и городах относительно возраста начала менструации, и средние результаты этих наблюдений приведены ниже.

Средний возраст начала менструации составлял:

В шведской Лапландии	18 лет,	0 месяцев,	0 дней.
В Христиании	16 лет,	9 месяцев,	25 дней.
В Копенгагене	16 лет,	9 месяцев,	12 дней.
В Мюнхене	16 лет,	5 месяцев,	12 дней.
В Геттингене	16 лет,	2 месяца,	2 дня.
В Вене	15 лет,	8 месяцев,	15 дней.
В Берлине	15 лет,	7 месяцев,	6 дней.
В Стокгольме	15 лет,	6 месяцев,	22 дня.
В Манчестере	15 лет,	6 месяцев,	0 дней.
В Варшаве	15 лет,	1 месяц,	23 дня.
В Лондоне, между	15 годами,	1 месяцем,	4 днями.
и	14 годами,	9 месяцами,	9 днями.
В Париже, между	15 годами,	7 месяцами,	18 днями.
и	14 годами,	5 месяцами,	17 днями.
На Мадейре	14 лет,	3 месяца,	0 дней.
В Монпелье	14 лет,	2 месяца,	0 дней.

На Корфу	14 лет,	0 месяцев,	0 дней.
В Марселе	13 лет,	11 месяцев,	11 дней.
В Калькутте	12 лет,	6 месяцев,	0 дней.
В Египте	10 лет,	0 месяцев,	0 дней.

Коллективные результаты исследований французских авторов относительно среднего возраста, в котором впервые появляется менструация, приведены в следующей таблице:

I. В странах с умеренным климатом:

<i>Наблюдатель.</i>	<i>Место.</i>	<i>Количество случаев.</i>	<i>Средний возраст.</i>	
Де Сойе,	Париж	, 1000	15 лет,	0 месяцев.
Дюбуа,	Париж,	600	лет,	3 месяца.
Рачиборски	Париж	200	14 лет,	5 месяцев.
М. Деспинес	Париж	85	14 лет,	11 месяцев.
Арау	Париж	100	15 лет,	4 месяца.
Корти	Монпелье	600	14 лет,	3 месяца.
Пуеч,	Ним,	941	14 лет,	2 месяца.
М. Деспинес	Тулон,	43	14 лет,	1 месяц.
М. Деспинес,	Марсель,	25	14 лет,	1 месяц.
Пюзэ	Тулон	144	14 лет,	1 месяц.
Грей,	Лондон	, 1498	15 лет,	6 месяцев.
Ли и Мерфи	Лондон	1,719	15 лет,	6 месяцев
Торизиано	Корфу	33	14 лет,	6 месяцев.
Лебрёну	Варшава	100	15 лет,	1 месяц.

из этих наблюдений мы получаем в среднем 15 лет.

II. В странах с холодным климатом:

<i>Наблюдатель.</i>	<i>Место.</i>	<i>Количество случаев.</i>	<i>Средний возраст.</i>	
Равный	Копенгагену	3840	16 лет,	9 месяцев.
Фругель	Христиания	157	16 лет	6 месяцев.
Дюбуа	Россия	600	лет,	8 месяцев.
Фэй	Норвегия	100	15 лет,	6 месяцев.
Лундборг,	эскимос	,16	15 лет,	6 месяцев.
Вистранду	Стокгольм	100	лет,	7 месяцев.

из этих наблюдений мы получаем в среднем 16 лет и 3 месяца.

III. В странах с жарким климатом:

Наблюдатель.	Место.	Количество случаев.	Средний возраст.	
Гудив,	Калькутта	, 239	12 лет,	5 месяцев.
Лит	Декан	217	13 лет	5 месяцев.
Робертсон,	Калькутта	, 540	12 лет,	6 месяцев.
Уэбб,	Калькутта,	39	лет,	5 месяцев.
Дюбуа	Азия	600	12 лет,	11 месяцев.

из этих наблюдений мы получаем в среднем 12 лет и 7 месяцев.

В 6550 случаях, собранных *Krieger*, менструация впервые появилась:

В возрасте:

9 лет в	1 случае.
10 лет в	7 случаях.
11 лет в	43 случаях.
12 лет в	184 случаях.
13 лет в	605 случаях.
14 лет в	1193 случаях.
15 лет в	1240 случаях.
16 лет в	1026 случаях.
17 лет в	758 случаях.
18 лет в	582 случаях.
19 лет в	425 случаях.
20 лет в	281 случае.
21 год в	111 случаях.
22 года в	55 случаях.
23 года в	15 случаях.
24 года в	15 случаях.
25 лет в	1 случае.
26 лет в	4 случаях.
27 лет в	2 случаях.
28 лет в	1 случае.
29 лет в	1 случае.

Из этих цифр следует, что в 6550 рассматриваемых случаях первые менструации чаще всего наблюдались в возрасте 15 лет, а именно в 1240 случаях, или 18,9 процента. Следующим идет возраст 14 лет - 1193 случая, или 18,2 процента. Случай из этой серии, в котором менструация появилась раньше всего, а именно на девятом году жизни, наблюдал *Майер*,

девушка была блондинкой среднего роста, из хорошей семьи и немецкого происхождения; случай, в котором менструация появилась позже всего, а именно на двадцать девятом году жизни, был у женщины, живущей в Берлине, которая была болезненной и хлоротичной до момента своего замужества, и у которой менструации появились только через несколько лет после этого события.

Что касается климатических влияний, то все имеющиеся в нашем распоряжении данные доказывают, что чем жарче климат, тем раньше наступает менархе. Согласно *Марку д'Эспину*, возраст наступления половой зрелости меняется почти в геометрической прогрессии в зависимости от среднегодовой температуры.

Зависимость менархе от климатических воздействий ясно демонстрируется статистическими данными, собранными из различных регионов мира. Мы прилагаем общую подборку работ *Гебхарда* посвященную этому вопросу.

А. Европа.

По Европе данные, предоставленные *Ploss*, сгруппированы *Гебхардом* следующим образом.

1. Северная Европа.

Согласно более старым статистическим данным, средний возраст, в котором впервые появляется менструация, в шведской Лапландии составляет 18 лет, в Норвегии - 16,12. В Копенгагене он составляет 16,75, в Санкт-Петербурге - 14,5.

Более свежие статистические данные по Финляндии предоставлены *Энгстремом*. Среди 3500 женщин чисто финского происхождения он обнаружил, что менструация началась:

В возрасте:

8 лет в	2 случаях.
9 лет в	2 случаях.
10 лет в	4 случаях.
11 лет в	41 случае.
12 лет в	178 случаях.
13 лет в	458 случаях.
14 лет в	715 случаях.
15 лет в	778 случаях.
16 лет в	614 случаях.
17 лет в	369 случаях.
18 лет в	195 случаях.
19 лет в	91 случае.
20 лет в	31 случае.
21 год в	8 случаях.
22 года в	10 случаях.
23 года в	2 случаях.
24 года в	1 случае.

25 лет в 0 случаях.

26 лет в 1 случае.

Таким образом, почти у половины всех финских женщин менструация начинается по достижении четырнадцатого-пятнадцатого лет. Статистические данные включают женщин из всех слоев общества.

На Пироговском конгрессе *Грусдефф* представила подробности о первом начале менструации в России у 10 000 женщин. Началась менструация:

В возрасте:

9 лет в 1 случае.

10 лет в 4 случаях.

11 лет в 31 случае.

12 лет в 244 случаях.

13 лет в 864 случаях.

14 лет в 1641 случае.

15 лет в 1795 случаях.

16 лет в 2012 случаях.

17 лет в 1692 случаях.

18 лет в 910 случаях.

19 лет в 498 случаях.

20 лет в 183 случаях.

21 год в 65 случаях.

22 года в 19 случаях.

23 года в 5 случаях.

24 года в 3 случаях.

32 года в 1 случае.

У женщин немецкой расы, проживающих в России, половое созревание наступало раньше всего в среднем в возрасте 15,16 лет; у финских женщин оно наступало позже всего в среднем в 16,17 лет.

2. Средняя Европа.

В Германии, согласно таблицам *Кригера* и *Л. Майер*, которые зарегистрировали всего 11 500 случаев, менструация начинается чаще всего (в 18,931% случаев). случаев) в возрасте 15 лет; следующий по частоте возраст - 14 лет (18,213%. случаев).

Что касается Берлина, то в ряде случаев, собранных среди представителей низших классов общества, мы находим, что средний возраст первого появления менструации составляет 16,18 лет.

Несмотря на более северное расположение Берлина, средний возраст наступления половой зрелости несколько ниже, чем в Мюнхене, расположенном на 4½ градуса южнее, по той причине, что задержка в развитии, зависящая от высоты, проявляется в последнем городе,

который расположен примерно на 500 метров (1640 футов) выше над уровнем моря. В то время как в Берлине - 18%. у всех заболевших менструация начинается в возрасте 14 лет, а у 19%. в возрасте 15 лет в Мюнхене два ведущих года - 15 с процентом 17½ и 16 с процентом 18½.

В Великобритании, по данным *Кригера*, средний возраст, в котором начинается менструация, составляет 15 лет, 1 месяц и 5 дней. Для Манчестера указанный возраст составляет 15 лет, 6 месяцев и 23 дня. Во Франции, согласно расчетам *Brierre de Boismont*, наиболее частый возраст для первого начала менструации - 16 лет. В Париже средний возраст составляет 14 лет, 6 месяцев и 14 дней. В Богемии, Верхней и Нижней Австрии и Моравии средний возраст составляет 16 лет и 2-3 месяца.

3. Южная Европа.

В Южной Европе проявляется влияние более высокой средней температуры. Средний возраст, в котором у испанских девочек начинаются менструации, составляет 12 лет. В Северной и Средней Италии наиболее частый возраст - 14 лет; в Южной Италии - 13. В Лионе средний возраст начала менструации составляет 14 лет, 5 месяцев и 29 дней; в Марселе и Тулоне - 13 лет и 10 месяцев. Для Венгрии *Доктор* приводит статистику о 9 600 случаях. В 22½ процентах. менструация началась в возрасте 15 лет; в 20½ процентах. в возрасте 16 лет и в 10 процентах случаев. в возрасте 17 лет. Самый ранний возраст среди этих случаев составил 8 лет; самый поздний - 33 года. (Последнее, без сомнения, следует рассматривать как патологическое.)

Б. Азия.

В Палестине половое созревание чаще всего наступает в возрасте 13 лет; в Турции - даже в 10. *Рувье* подсчитал, что среднее число 742 случаев, наблюдавшихся в Сирии, приходится на возраст 12 лет. Что касается персидских женщин, то данные варьируются от 14 лет для северной части страны до 9 или 10 лет для южной. По данным *Жубера*, у 46,4%. у коренных жителей Индии менструация начинается в возрасте 12 или 13 лет. Аналогичные цифры приведены для Цейлона и Сиам. В Японии менструация чаще всего начинается в возрасте 14 лет, иногда уже в 13; 15-летние матери ни в коем случае не редкость в этой стране, но начало менструации до 12 лет считается совершенно исключительным явлением. Согласно таблице, посвященной 584 женщинам Токио, менструация началась:

В возрасте:

- 11 лет в 2 случаях.
- 12 лет в 2 случаях.
- 13 лет в 26 случаях.
- 14 лет в 78 случаях.
- 15 лет в 224 случаях.
- 16 лет в 228 случаях.
- 17 лет в 68 случаях.
- 18 лет в 44 случаях.
- 19 лет в 10 случаях.
- 20 лет в 2 случаях.

Имеющиеся данные о Китае настолько непостоянны, что им нельзя придавать особого значения.

С. Африка, Океания и Америка.

Средний возраст, в котором начинаются менструации у негритянок Африки, составляет от 10 до 13 лет. В Алжире половое созревание наступает в 9 или 10 лет. У коренных жителей Австралии менструация обычно начинается уже в 8 лет, самое позднее - в возрасте 12 лет. Имеющиеся данные о коренных жителях Океанического архипелага чрезвычайно разнообразны и неточны, но мы не можем сильно ошибиться, утверждая, что возраст половой зрелости среди них составляет от 10 до 13 лет. В тропической Южной Америке у девочек начинаются менструации в возрасте от 9 до 14 лет. У индейских женщин Северной Америки менструации начинаются в возрасте 12, 13, 14 или даже в 18 или 20 лет. В арктической зоне Северной Америки и в Гренландии начало менструации задерживается до 17 и даже до 23 лет.

Что касается жизненного положения и лет воспитания, то многочисленными наблюдателями было показано, что у состоятельных классов, чей образ жизни отличается роскошью, и чьи социальные обстоятельства позволяют дать волю воображению, менструации начинаются в более раннем возрасте, чем у рабочих классов, чья жизнь полна нужды и лишений. Согласно статистическим данным *Mayer's*, касающимся 6000 женщин, менструация началась:

	<i>У женщин высших классов.</i>	<i>У женщин низших классов.</i>
В возрасте 13 лет	11,73%.	7,06%.
В возрасте 14 лет	23,90%.	13,33%.
В возрасте 15 лет	22,83%.	14,56%.
В возрасте 16 лет	14,10%.	16,53%.
В возрасте 17 лет	9,60%.	13,33%.

Из этой таблицы мы узнаем, что почти у одной четвертой девочек из высших классов половое созревание наступает в возрасте 14 лет, в то время как у девочек из низших классов едва ли у одной шестой начинаются менструации в этом возрасте. Средний возраст первой менструации у девочек, принадлежащих к высшим классам общества, составляет 14,69 лет, а у девочек, принадлежащих к низшим классам общества, - 16,00 лет. По мнению других наблюдателей, средний возраст начала первой менструации составляет:

	<i>Brierre de Boismont. (Париж.)</i>	<i>Наклон. (London.)</i>	<i>Krieger. (Берлин.)</i>	<i>Равно. (Копенгаген.)</i>
Среди благородных людей и богатых	13у. 8m.	13у. 5½m.	14у. 1m.	14у. 3m.
Среди зажиточного среднего класса	14у. 5m.	14у. 3½m.	15у. 5m.	15у. 5½m.
Среди низших классов	14лет. 10m.		16лет. 8m.	16лет. 5½m.

Сравнительные наблюдения за женщинами, живущими в городах, и женщинами, живущими в сельской местности, также показывают, что у первых менструация начинается в среднем в

более раннем возрасте. Согласно *Brierre de Boismont*, средний возраст первой менструации составляет:

В Париже	14 лет, 6 месяцев.
В маленьких городках	14 лет, 9 месяцев.
В сельских округах	14 лет, 10 месяцев.

Аналогичным образом, *Равн* обнаружил, что менструация произошла впервые:

В Копенгагене в среднем в возрасте	15 лет и 7 месяцев.
В промышленных городах	15 лет и 4 месяца.
В сельских округах	16 лет 5 месяцев.

Майер утверждает, что средний возраст, в котором наступает первая менструация, составляет:

У горожанок	15,98 лет.
У деревенских женщин	15,20 лет.

В Италии, согласно *Кальдерини*, в тысяче случаев менструация начинается в возрасте 14 лет в 280, в возрасте 15 лет в 219, в возрасте 13 лет в 205, в возрасте 12 лет в 116, в возрасте 16 лет в 89, в возрасте 17 лет в 55, в возрасте 18 лет в 14, в возрасте 11 лет в 7, в возрасте 10 лет в 6 и в возрасте 20 лет в 6 случаях. У девочек, посещающих городские школы, первая менструация чаще всего наступает в июне и августе; но у девочек, посещающих сельские школы, чаще всего в весенние месяцы.

Определенная наследственная предрасположенность настолько сильно влияет на раннее или позднее начало первой менструации, что, зная возраст, в котором началась менструация у матери, мы можем с большой вероятностью предсказать возраст, в котором она начнется у дочери. Среди пятидесяти случаев, которые я исследовал с этой точки зрения, я обнаружил сорок один, в котором дочери матерей, у которых менструации начались рано, сами начали менструировать рано, обычно примерно на том же году жизни; или наоборот, когда у матери менструации начались поздно, позднее начало менструации обычно наблюдалось и у дочери. *Тилт* рассказывает случай, когда у женщины начались менструации в возрасте четырнадцати лет, а у ее дочери и внучки менструации начались в том же возрасте. *Корти* наблюдал мать, у которой начались месячные в возрасте одиннадцати лет, и у всех восьми дочерей которых менструации начались в том же возрасте.

Гинекологи сходятся во мнении, что у девушек сангвинического темперамента и мощного телосложения менструации начинаются раньше, чем у слабых и флегматичных особ. *Тилт* описывает особый темперамент яичников, при котором менструация начинается рано; такие женщины, как правило, обладают поразительной нервной чувствительностью, у них смуглый цвет лица и блестящие, полные тоски глаза, всегда окруженные темными кругами.

Распространено мнение, что у девушек с черными волосами, темными глазами, толстой кожей и смуглым цветом лица менструация начинается раньше, чем у блондинок с голубыми глазами и нежной белой кожей. *Бриер де Бумон* утверждает в этой связи, что не только светлые волосы, но и пряди каштанового оттенка указывают на позднее начало менструации. *Л. Майер* обнаружил, что:

Блондинок.	Брюнеток.
------------	-----------

17,20%.	18,84%.	менструации начались у	14
16,89 процента.	18,02 процента.	менструации начались в возрасте	15
лет.	16,59%.	менструации начались у	16 лет.

Согласно тому же автору, средний возраст, в котором начинается менструация, составляет:

У блондинок 15,55 лет.

У брюнеток 15,26 лет.

Что касается расы, то хорошо известно, что у еврейок менструации начинаются в раннем возрасте. Согласно *Иоахиму*, возраст половой зрелости у разных рас, населяющих Венгрию, очень сильно различается. Появляется первая менструация:

У славянских девочек в возрасте от 16 до 17 лет

У мадьярских 15 и 16

У еврейских 14 и 15

У штирийских 13 и 14

Первое появление менструации.

Первому появлению менструации обычно предшествуют различные симптомы, зависящие от усиленного притока крови к половым органам. Такими симптомами являются: крестцовая боль; тянущее ощущение в пояснице; неопределенное ощущение давления в нижней части живота, особенно в области матки и яичников, эта область иногда также чувствительна при надавливании; легкое чувство усталости в нижних конечностях; внезапные приливы или бледность; чередующиеся ощущения жара и озноба, иногда сопровождающиеся фактическим, хотя и незначительным изменением температуры. Во многих случаях также наблюдаются нарушения в кишечной эвакуации и секреции мочи, в процессе кожной транспирации и в функциональной активности желудочно-кишечного тракта. Часто наблюдаемым симптомом является повышенная раздражительность всей нервной системы со склонностью к меланхолии и неопределенным любовным желаниям — симптомы, которые *Тилт* обозначает термином “оварианизм”, *Эммет* - термином “эрекция”, *Лекал* - термином “флогозная влюбленность”, а более старые авторы - термином “молимина менструалия”.

Нервная раздражительность проявляется еще до появления менструальных выделений головной болью и капризностью, усталостью, нервной раздражительностью и подавленным настроением; далее, небольшими изменениями в выражении лица, темными кругами вокруг глаз, спонтанным покраснением, неприятными ощущениями, болью в эпигастрии, потерей аппетита, ощущением давления в животе, сердцебиением, головокружением, тянущими ощущениями, переходящими от поясницы к бедрам, чувством слабости и онемения в нижних конечностях — симптомами, которые часто сохраняются в течение нескольких месяцев и в таких случаях имеют тенденцию к снижению сопротивляемости организма.

Корти перечисляет в качестве продромальных симптомов, которые наблюдаются у большинства девушек перед первым появлением менструации: набухание и болезненность молочных желез, ощущение полноты и тяжести в гипогастральной области, умеренный кишечный метеоризм, воспаление крестца, водно-слизистые выделения из влагалища, наконец, ощущение зуда в половых органах. Эти проявления могут также приобретать болезненный характер, принимая форму сильных болей в животе и пояснично-крестцовом

отделе, общей усталости и слабости, диспепсии и диареи, цефалгии, различных видов невралгии, некоторой степени моральных отклонений. После первой менструации может пройти два или три месяца, прежде чем у девочки снова начнутся месячные, но по прошествии года выделения обычно возобновляются с довольно регулярными периодами. Иногда ранние месячные бывают очень бурными и повторяются очень часто, например, каждые двадцать дней.

Наибольшее увеличение в размерах и весе происходит у женского пола во время менархе. Среди беднейших классов наибольшее увеличение размеров и силы происходит в возрасте от 13 до 15 лет, тогда как в высших классах общества те, кто в конечном итоге достигает того же веса, демонстрируют наибольший рост в возрасте 12, 13 и 14 лет. Согласно *Пальяни*, наибольший рост у женского пола всегда предшествует половому созреванию, так что, например, девочка, у которой начинаются менструации в возрасте 12 лет, будет расти наиболее быстро в год, предшествующий этому, тогда как у девочки, у которой начинаются менструации в более преклонном возрасте, самая быстрая фаза роста наступит не раньше 11 лет. Согласно наблюдениям *Боудича*, *А. Хей*, *Ломброзо*, *Пальяни* и *Плосса*, до 11-12 лет рост девочек превышает рост мальчиков, но тогда как у девочек рост внезапно прекращается в возрасте 14 лет, у мальчиков рост продолжается регулярно до 16-летнего возраста. При рождении мальчики в среднем на 1 см. ($\frac{2}{5}$ ") длиннее девочек; но в период полового созревания женский пол догоняет мужской по росту или даже превосходит его. Согласно *Плоссу*, девушка 16 или 17 лет такого же роста, как молодой человек 18 или 19 лет.

Более раннее развитие женщины по сравнению с мужчиной в период полового созревания является постоянным явлением, которое можно наблюдать у всех рас, в любом климате и во всех слоях общества. Согласно статистическим данным, опубликованным только что процитированными авторами, возраст наибольшего развития у соответствующих полов составляет:

У женщины. У мужчины.

Что касается веса в возрасте от	12 до 14 лет.	от 14 до 17 лет.
Что касается роста в возрасте от	12 до 13 лет.	от 12 до 15 лет.
Что касается дыхательной способности в возрасте от	12 до 15 лет.	от 15 до 17 лет.
Что касается мышечной силы в возрасте от	12 до 14 лет.	от 14 до 15 лет.

Половое созревание наступает у самок в среднем примерно на два года раньше, чем у самцов, и от этой разницы также зависят наблюдаемые различия в росте.

Менархе в более широком значении этого термина включает развитие, которое происходит во время полового созревания и продолжается в течение нескольких месяцев и даже лет до достижения полной половой зрелости; и включает также время, которое может быть значительным, после первого появления менструаций и до установления регулярного ритма менструальной функции и достижения полного развития женских половых органов. Это время, составляющее заметную фазу сексуальной жизни женщины, характеризуется значительными изменениями в половых органах и связанных с ними жизненно важных процессах, сильной склонностью страдать от ряда самых разнообразных патологических изменений и нарушений функций основных органов и уменьшением общей сопротивляемости болезням — изменением, которое находит свое наиболее определенное выражение в хорошо установленном факте, что в этот период жизни смертность среди женщин намного выше, чем среди мужчин соответствующего возраста. Согласно

статистическим данным *Кетле* и *Смитса*, в возрасте от 14 до 18 лет (период менархе) на каждые 100 смертей мужчин приходится 128 смертей женщин; и даже в последующие четыре года, в возрасте от 18 до 22 лет, неблагоприятные условия, свойственные полу, характеризуются 105 смертями женщин на каждые 100 смертей мужчин.

Многие авторы проводят различие между возрастом полового созревания (от латинского *pubes, puberis*), когда рост лобковых волос происходит как внешний признак полового развития, и возрастом вступления в половую зрелость (от латинского *nubere*), когда человек становится пригодным для вступления в брак. Это различие носит лишь частичный характер, поскольку способность к совокуплению достигается уже в период полового созревания. Закон, однако, сохраняет такое различие, например, Уголовный кодекс Австрии квалифицирует половое сношение с девушкой моложе четырнадцати лет как изнасилование, а Кодекс Германии аналогичным образом наказывает за половые сношения с девочкой моложе четырнадцати лет.

Признаки полового созревания у девочек были замечены и объяснены в очень ранние времена. Из антропологических исследований *Плосса* и *Бартельса* мы берем следующие данные по этому вопросу. В Библии мы читаем (Иезекииль, xvi, 7): “Груды твои сформированы, и волосы твои отросли, тогда как ты была нага и непокрыта”. Древний индийский врач, *Шушрута*, ссылаясь только на регулярное повторение менструаций как на признак полового созревания. О том, что у женщины менструация, можно догадаться по тому факту, что ее лицо опухшее и яркое. В Римской империи *Юстиниан* постановил, что все молодые женщины должны проходить обследование на предмет роста или отсутствия волос на лобке, чтобы определить, созрели ли они для замужества. Древние китайские врачи зафиксировали, что у каждой женщины в возрасте четырнадцати-пятнадцати лет начинается ежемесячный приток крови из половых органов, период повторения которого составляет тридцать дней. Врачи Талмуда по-разному высказываются о половом созревании у женщин. В одном месте они отмечают рост волос на половых органах как признак полового созревания; в другом они говорят о заметном увеличении груди и упоминают как признак более полного сексуального развития, что соски становятся упругими. Другие талмудисты ссылаются на появление темно-коричневой окраски ареолы и на увеличение венериних мозгов как на признаки полового созревания. Дикие расы считают первое появление менструальных выделений единственным определенным признаком половой зрелости, и у многих таких рас это является поводом для проведения особых церемониальных обрядов. Достижение половой зрелости в диких племенах часто отмечается уединением девочек со времени первой менструации; они постятся в течение периода уединения, который иногда завершается сложным ритуалом очищения.

В частности, по двум причинам период менархе является временем бурь и стресса для женщин, во-первых, из-за процессов развития половых органов, а во-вторых, из-за интеллектуальных изменений, которые происходят в этот период.

Местную причину следует искать в обширной трансформации яичников и матки, посредством которой вырабатывается особый и мощный стимул - менструальный стимул, который оказывает рефлекторное воздействие на сердце и мозг, сосудистую и нервную системы, секреторные процессы и процессы питания. Поскольку мы знаем, что в каждый предменструальный период из-за роста фолликулов в яичниках возбуждается гиперемия, посредством которой увеличивается количество ликворных фолликулов, мы можем хорошо понять, что во время менархе созревание граафовских фолликулов сопровождается значительной степенью гиперемии яичников и всех половых органов, которые сейчас претерпевают свое самое полное развитие, и мы можем легко увидеть, как эта гиперемия

может приводить к разнообразным рефлекторным нарушениям. Но в дополнение к этим рефлекторным нарушениям мы должны еще раз принять во внимание еще недостаточно известные химические процессы, которые связаны с созреванием и развитием граафовских фолликулов, и ненормальное течение, которое может привести к нарушению состава крови, проявляющемуся хлорозом или другими способами. В связи с ростом и созреванием яйцеклеток к организму предъявляются обширные и новые требования, и это вполне может поставить под угрозу метаболические процессы, которые не установлены на очень надежной основе.

Другую причину следует искать в интеллектуальных процессах, которые происходят в это время в юношески восприимчивом, высокочувствительном органе разума - мозге. Девочка, становящаяся женщиной, которая с удивлением и стрессом наблюдает видимые изменения в своем теле, внешние признаки полового созревания, по мере их постепенного появления, получает мощную психическую стимуляцию, которая не может не оказывать влияния на всю нервную систему и ее сложные переплетения, как в сенсорной, так и в моторной сфере.

Степень проявления этих влияний, исходящих от половых органов, в основном зависит от сопротивляющейся силы нервной системы в целом, от темперамента, унаследованной конституции и способа воспитания молодой девушки. У детей из семей, отличающихся повышенной чувствительностью и раздражительностью, у жителей больших городов, посещавших средние школы для девочек и в раннем возрасте приоткрывших завесу, прикрывающую сексуальные процессы, рефлекторные нарушения менархе будут более разнообразными и будут проявляться с большей интенсивностью, чем у детей, воспитанных в сельской местности, чувствительность которых в основном физическая, а психика менее восприимчива к влиянию внешних раздражителей.

Еще одним важным фактором является время наступления менархе и то, соответствует ли оно, с одной стороны, среднему возрасту или близко к нему, или, с другой стороны, как преждевременная менструация, оно необычно раннее, предвосхищая общее развитие организма, или, опять же, как замедленная менструация, оно неоправданно задерживается. В некоторых случаях задержки менструации наружные половые органы развиты совершенно хорошо, и задержка сохраняется только при менструации; но в других случаях наружные половые органы также отстают в развитии, лобок и венерические горы лишь скудно покрыты волосами, а груди остаются очень маленькими.

В дополнение к этим ненормальным временным соотношениям менархе, заслуживают внимания некоторые другие нарушения в начале менструации. Таким образом, первая менструация может быть нормальной, но впоследствии аменорея может сохраняться в течение нескольких месяцев, или, если кровотечение происходит, оно может быть чрезвычайно скудным или очень бледного цвета; с другой стороны, менструации могут быть очень обильными, длящимися много дней.

Среда, в которую попадает молодая девушка в период ее сексуального развития, оказывает большое влияние на процессы сексуальной жизни и на патологические нарушения, влияющие на эти процессы.

В семьях рабочего класса чрезмерное физическое напряжение, часто испытываемое девочками, во многих случаях непрерывные движения верхних конечностей, в то время как нижние конечности и таз абсолютно неподвижны, или, наоборот, чрезмерная нагрузка мышц нижних конечностей - эти обстоятельства в сочетании с недостаточным питанием, работой в ночное время, общением на работе с лицами противоположного пола и частой

преждевременной сексуальной стимуляцией, в совокупности оказывают самое пагубное воздействие.

Среди деревенских жителей, действительно, девочки наслаждаются свежим воздухом и, как правило, питательной пищей, более того, случаев нервной стимуляции не так много; следовательно, половое созревание наступает медленнее и вызывает меньше беспокойств; но невежество девочек очень часто приводит к раннему опыту соития, естественные и неестественные последствия которого затем должны приниматься во внимание.

Среди высших слоев горожан широко распространены такие гигиенические правила и воспитательные меры, что молодые девушки в период развития обычно получают разумную заботу и внимание, но очень часто половые сношения со старшими девочками, общение с молодыми мужчинами, посещение театров, вечеринок и балов, а также чтение стимулирующей литературы формируют неблагоприятные черты городской жизни, которые оказывают свое неизбежное воздействие на сексуальную сферу. В некоторых случаях, к счастью, достаточно редких, возбуждение сексуального влечения и стремление к его удовлетворению настолько интенсивны, что возникает своего рода *demi-vierge*, молодая женщина, которая озабочена только сохранением физического признака девственности, но чьи мысли и фантазии далеки от девчества. Следует опасаться, что вследствие чрезмерной свободы в образовании и эмансипированной независимости женской молодежи число этих “полудевственниц” увеличивается как в количестве, так и в интенсивности, что не может не увеличивать также число сексуальных заболеваний и извращений.

Анатомические изменения женских половых органов в период менархе.

Женские репродуктивные органы, которые в детстве находились в сравнительно неподвижном состоянии, теперь становятся чрезвычайно активными, о чем свидетельствуют изменения, происходящие во внешних половых органах.

Мягкая безволосая вульва ребенка увеличивается во время менархе из-за отложения жира, и ее вещество становится жестким и эластичным. За некоторое время до наступления половой зрелости кое-где появляются тонкие, бледные волоски, но только в период полового созревания волосяной покров лобковой области становится более или менее густым. Рост более плотных волос на лобке начинается с появления волосков вдоль середины венерической артерии и по краям больших половых губ. О раннем половом развитии обычно свидетельствует ранний и густой рост волос на лобке. У девственницы эти волосы более гладкие и менее вьющиеся, чем на более позднем этапе половой жизни. В некоторых племенах негров существует обычай, по которому молодые незамужние девушки сбривают волосы на лобке, которым не разрешается свободно расти до тех пор, пока они не выйдут замуж. В некоторых племенах жителей островов Южных морей принято в период полового созревания наносить татуировки на наружные половые органы и окружающую кожу.

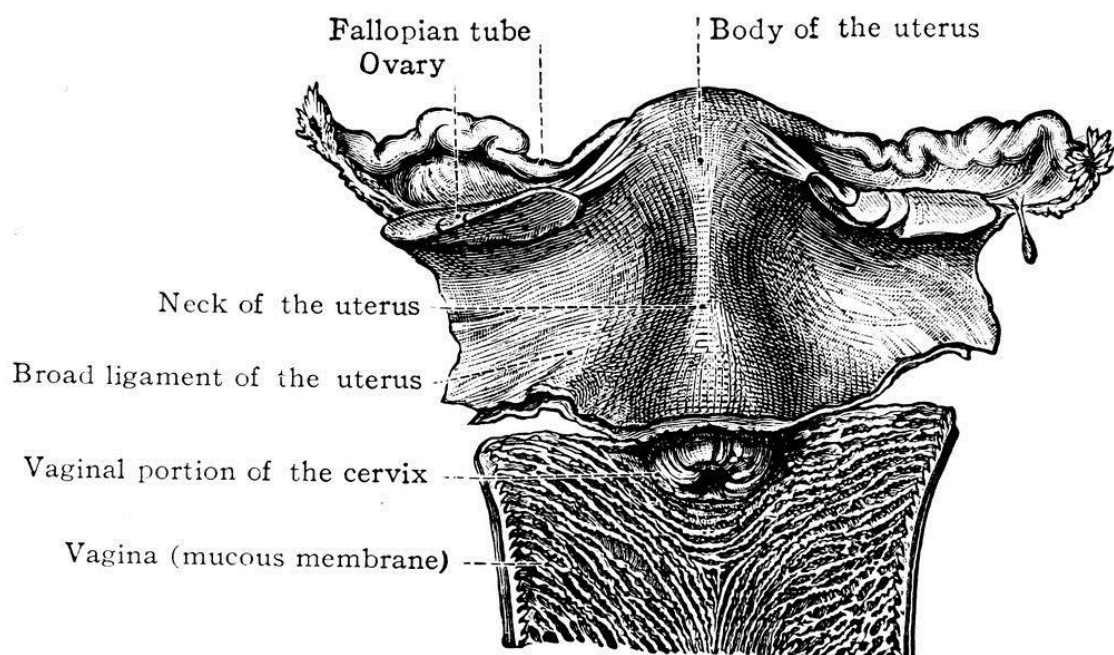


Рис. 8- Внутренние половые органы новорожденной, мощно развитой девочки. (Из Толдта: Атлас анатомии человека.—Компания Ребмана, Нью-Йорк.)

У юных девственниц ротовая полость, или расщелина вульвы, закрыта точным противопоставлением больших половых губ; малые половые губы, или нимфа, нежные по текстуре, розово-красного цвета, безволосые, без жира и полностью покрыты большими половыми губами; в то время как клитор также скрыт. Сальные железы малых половых губ выделяют смегму, которая скапливается особенно вокруг головки клитора и по мере разложения распространяет специфический запах, напоминающий запах старого сыра. Крыловидное удлинение малых половых губ у молодых девушек со свободными выделениями и обычно влажным внешним видом приводит к подозрению на практику мастурбации. У девственницы отверстие влагалища закрыто девственной плевой.

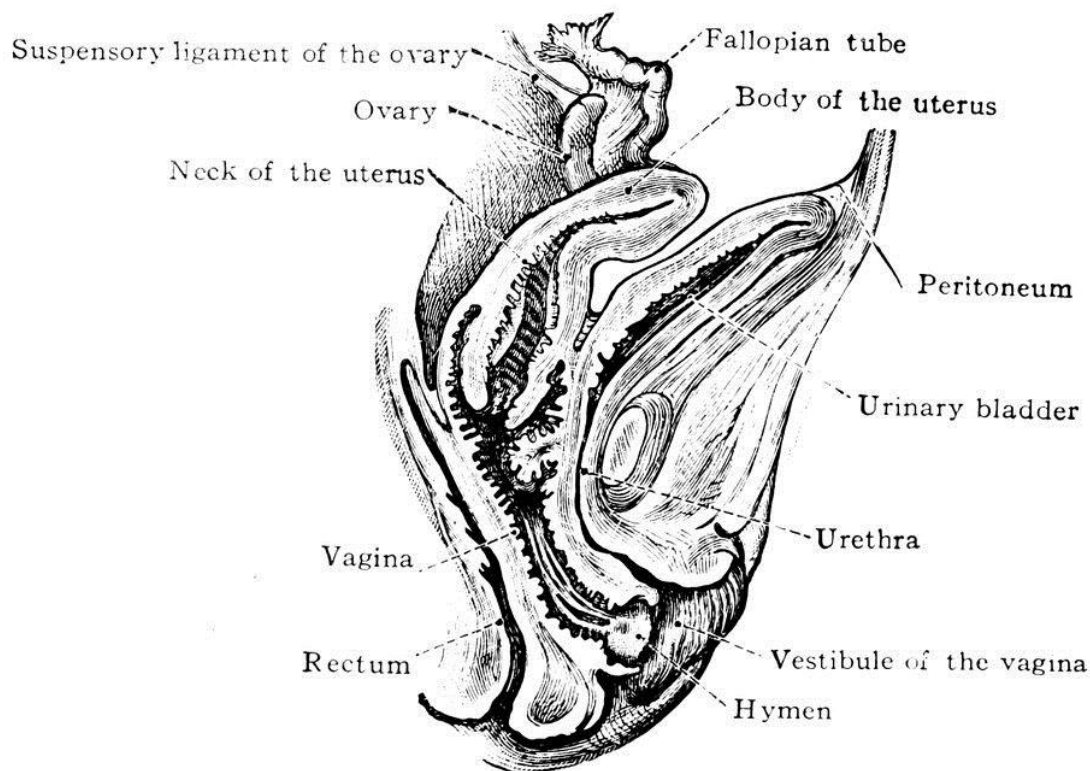


Рис. 9—репродуктивные органы новорожденной, мощно развитой девочки в срединном сагиттальном разрезе. (Из Толдта: Атлас анатомии человека.—Компания Ребмана, Нью-Йорк.)

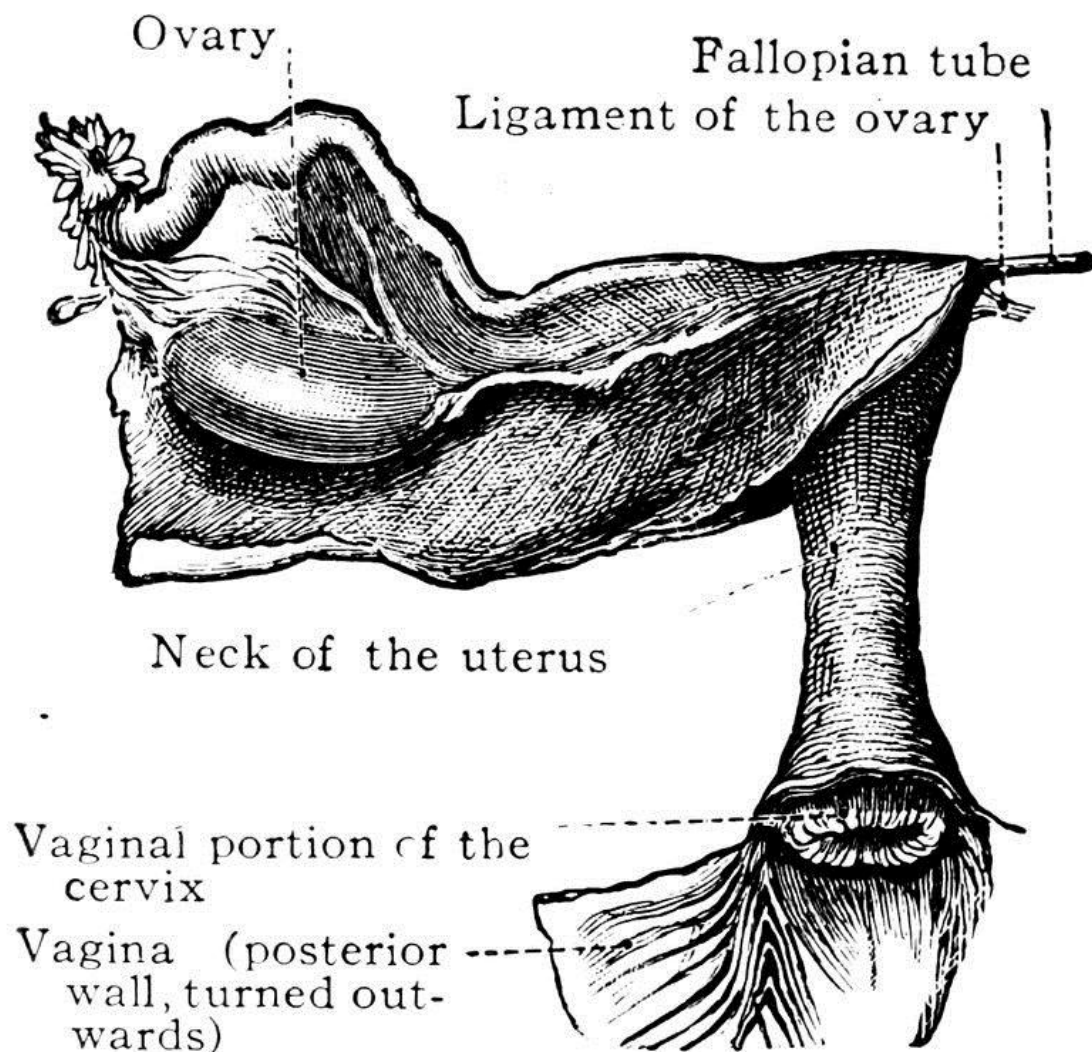


Рис. 10—Внутренние половые органы девочки восьми лет. Вид сзади. (Из Толдта: Атлас анатомии человека.—Компания Ребмана, Нью-Йорк.)

Вход во влагалище у девственницы округлый, задняя граница отверстия глубоко вогнутая, в то время как передняя граница часто слегка выпуклая назад. Там, где эта особенность сильно выражена, отверстие имеет полулунную форму. Задняя вогнутая граница выступает вперед в виде складки, продолжающейся сверху задней стенкой влагалища; эта складка и есть девственная плева.

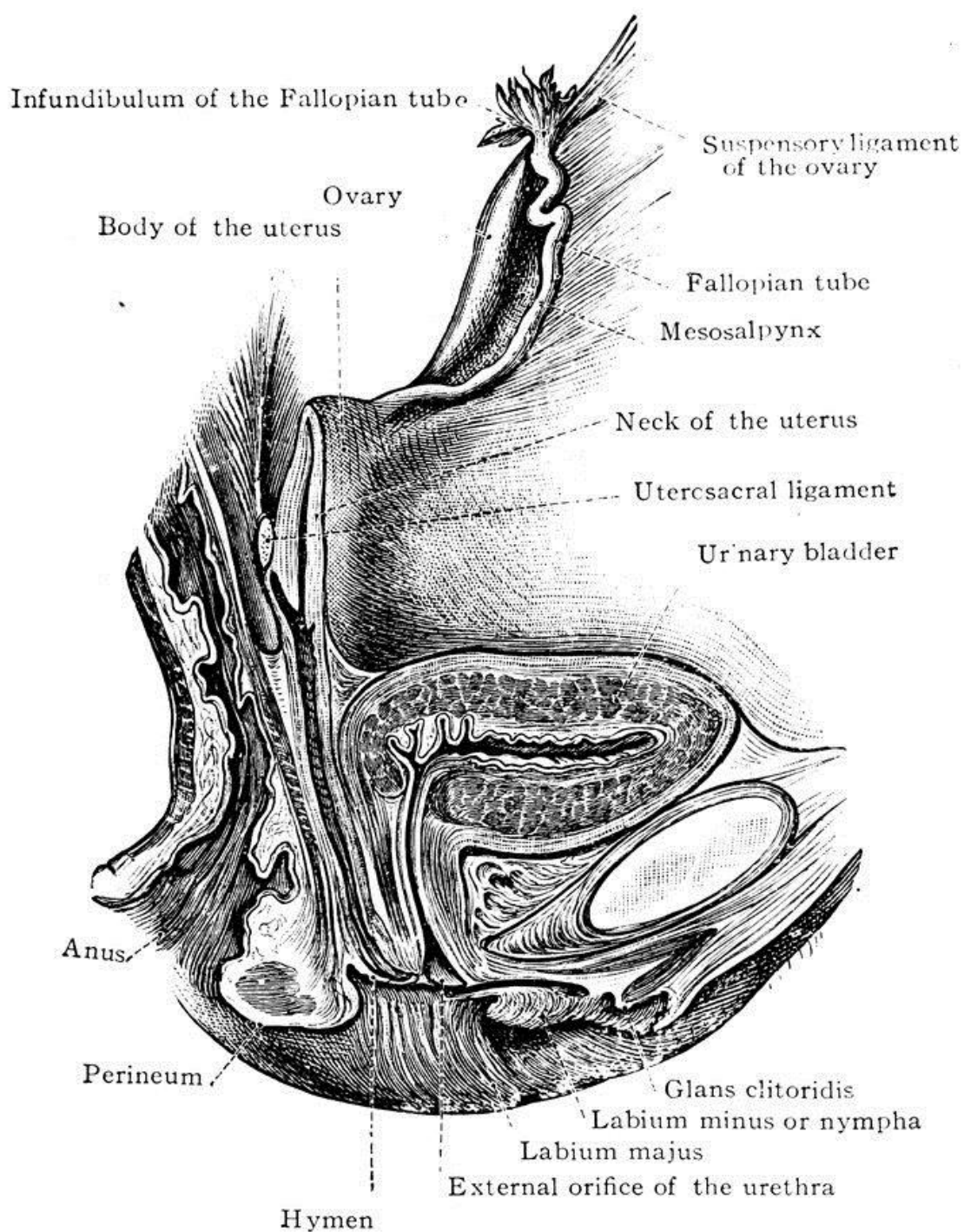


Рис. 11—репродуктивные органы девочки в возрасте десяти лет в срединном сагитальном разрезе. Левая половина. (Из Толдта: Атлас анатомии человека.—Компания Ребмана, Нью-Йорк.)

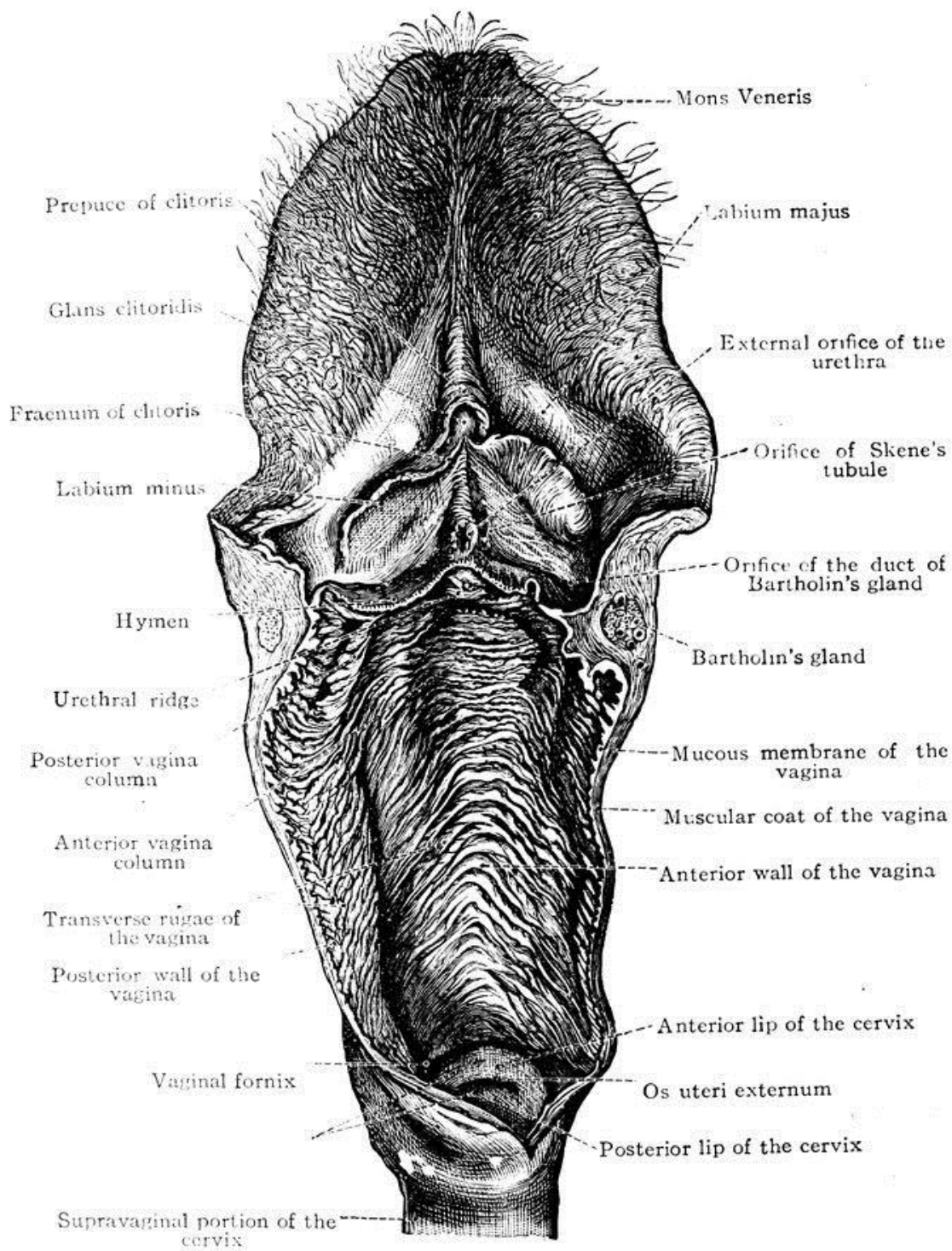


Рис. 12.—Женские наружные половые органы девственницы, прикрепленные к влагалищу, которое было изолировано и открыто, и часть шейки матки, девственная плева и т.д. (Из Толдта: Атлас анатомии человека.—Компания Ребмана, Нью-Йорк.)

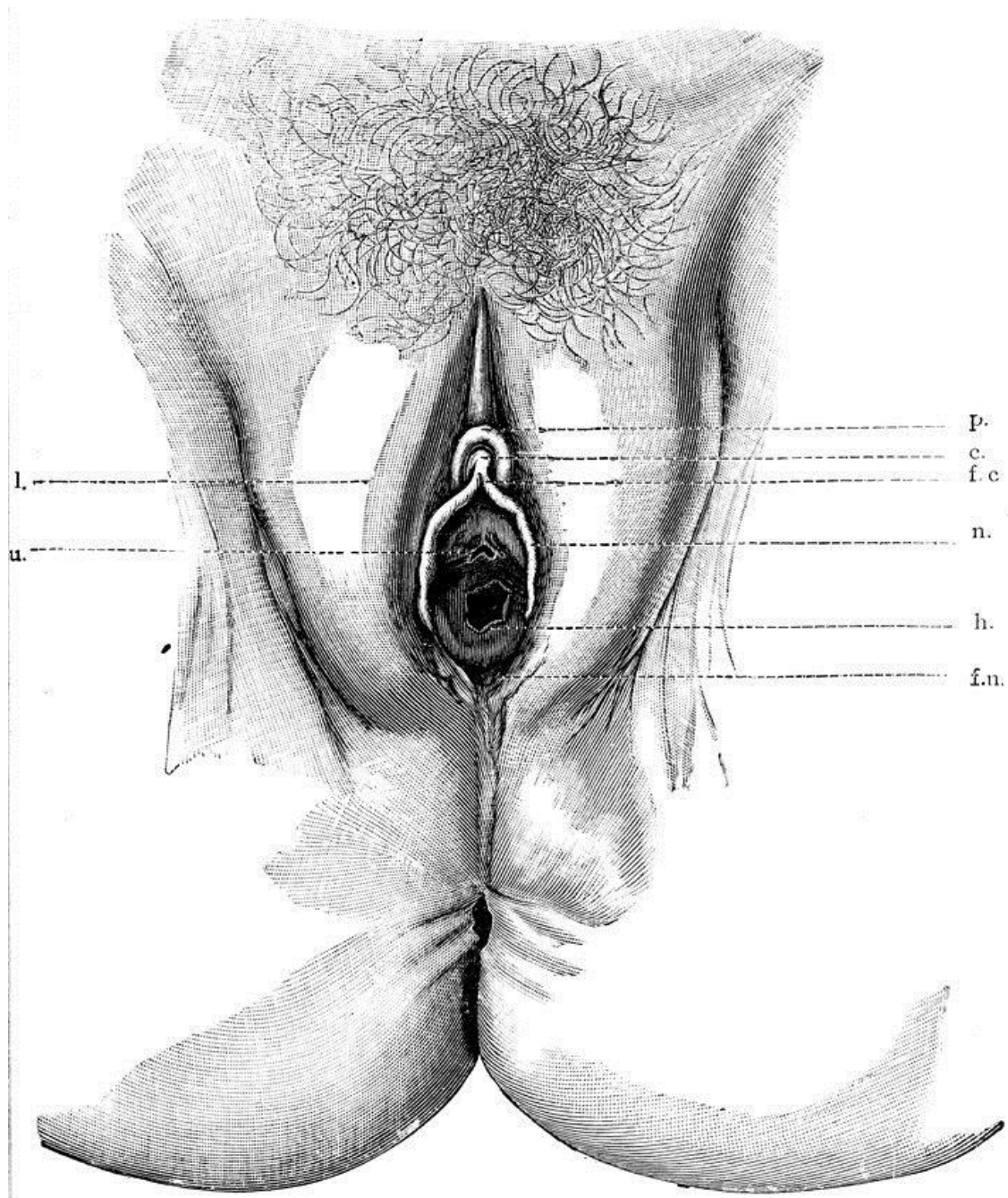


Рис. 13— Наружные половые органы девственницы, раздвинутые поперечно (по фон Прейшену). с. Клитор. f. Передняя часть клитора. n. Нимфа. l. Большие половые губы. o. u. Отверстие уретры. h. Девственная плева. f. n. Ладьевидная ямка.

Детская матка имеет такие пропорции, что ее шейка (*collum vel cervix uteri*) составляет большую часть органа, фактически две трети. Из-за небольшого размера тела (*corpus uteri*) вся матка очень плоская, и ее границы поднимаются в направлении, почти параллельном друг другу, несколько резко переходя в фаллопиевы трубы, напоминая в некоторой степени двурогую эмбриональную форму органа (*двурогая матка*). Пальчатые складки на поверхности цервикального канала, составляющие витальную оболочку матки, сильно развиты; срединный продольный гребень раздваивается, и его деления можно проследить с обеих сторон до маточного отверстия фаллопиевой трубы (*ostium uterinum tubæ*). Губы влагалищной части шейки матки сравнительно большие и заканчиваются острыми углами. Слизистая оболочка влагалища повсюду усеяна длинными сосочками. Развитие матки

незадолго до наступления половой зрелости заключается главным образом в увеличении тела матки и увеличении толщины ее стенок.

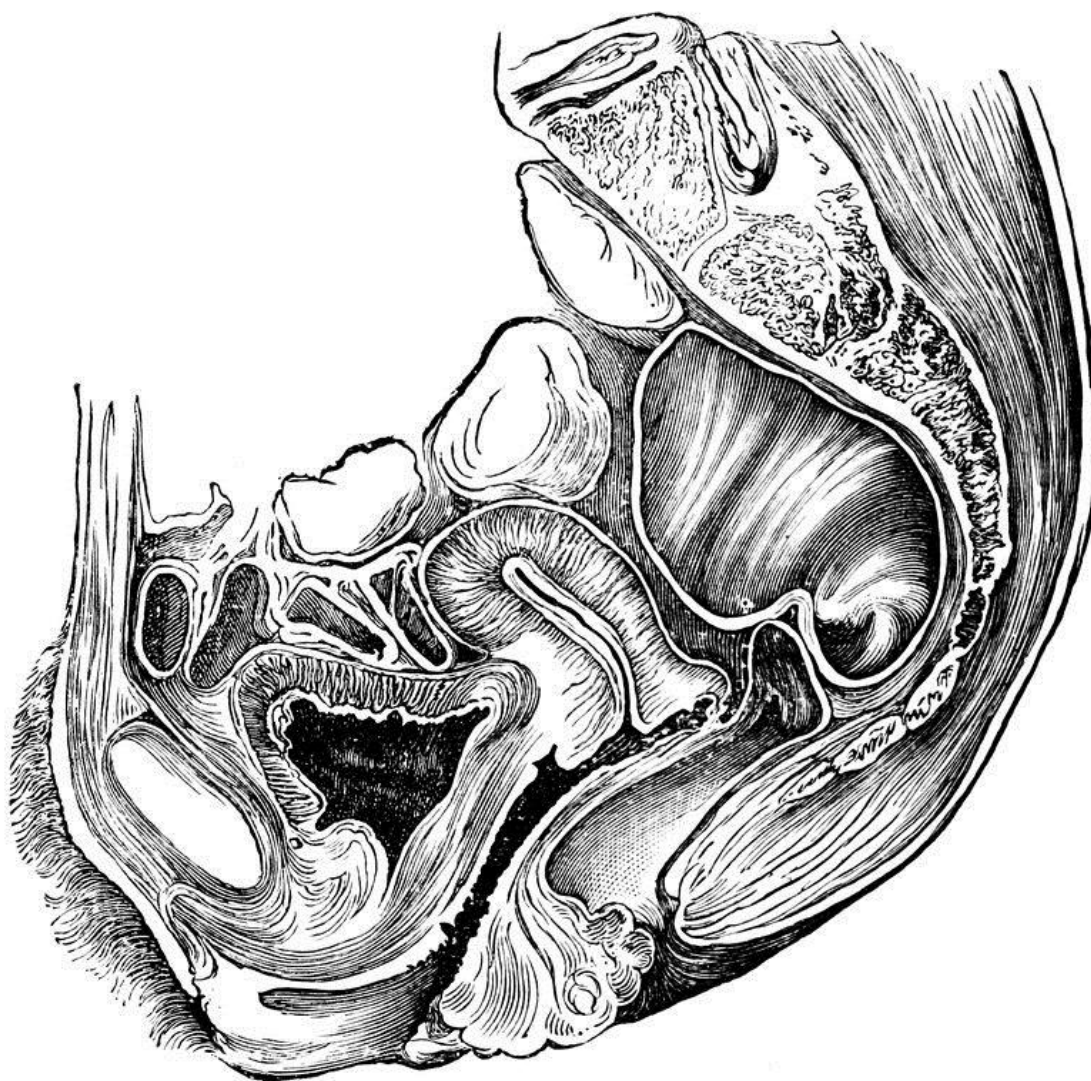


Рис. 14—Сагиттальный разрез женского таза (после Брейоля).

Во время полового созревания, согласно *Толдту*, тело матки у девственницы уже увеличилось до половины длины всего органа; и при первом появлении менструации тело и шейка девственной матки почти равны, с, возможно, небольшим перевесом в размерах шейки матки, а стенки матки стали выпуклыми. Вследствие этого изменения орган приобретает грушевидную форму, а полость матки (*cavum uteri*) приобретает форму треугольника с умеренно загнутыми сторонами. Цервикальный канал становится шире посередине; край зева матки становится гладким и округлым. Стенки девственного влагалища отмечены многочисленными зубчатыми поперечными выступами (*rugæ*), особенно у нижнего конца, а на передних стенках - столбиками влагалища (*columnæ rugarum*), от которых поперечные выступы отходят в обе стороны под прямым углом, простираются до половины влагалища и имеют твердую консистенцию.

Характерные изменения в яичнике во время менархе происходят из-за изменений, которым подвергаются фолликулы яичников. Большое количество мелких отдельных фолликулов уже находится в яичнике новорожденного ребенка. Эти структуры, известные как примитивные фолликулы, образуются путем отделения от яйцеклеточных трубочек, которые прорастают в строму из поверхностного зародышевого эпителия; они представляют собой сфероидальные

пузырьки, окруженные одним слоем кубических клеток, а их внутренняя часть полностью заполнена примитивной яйцеклеткой. Этот последний состоит из очень мелкозернистой протоплазмы со сферическим ядром и отчетливым ядрышком, но пока нельзя различить никаких следов вложенной мембраны. Дальнейшее развитие фолликулов яичников происходит, согласно *Толдту*, следующим образом: происходит быстрое размножение кубических клеток, образующих стенку фолликула, так что яйцеклетка окружена двумя, тремя или несколькими слоями кубических или округлых клеток, и весь фолликул постепенно увеличивается в размерах. В то же время яйцеклетка занимает эксцентрическое положение внутри фолликула. В середине фолликула или около нее теперь появляется щелевидное пространство, заполненное прозрачной бесцветной жидкостью. По мере того, как это пространство постепенно увеличивается, фолликул^[19] превращается в пузырек, заполненный жидкостью, стенка которого состоит из маленьких кубических клеток. Одновременно с ростом фолликула происходит расслоение элементов окружающей стромы, в результате чего формируется несколько резко очерченная капсула. В этом состоянии эти железистые структуры яичника известны как граафовы фолликулы.^[19]

До наступления половой зрелости эти граафовы фолликулы представляют собой маленькие пузырьки диаметром от одного до двух миллиметров, содержащие крупные одноклеточные яйцеклетки. Каждый из них состоит из оболочки, прозрачной зоны (также известной как лучистая зона, или поперечно-полосатая мембрана яйцеклетки); внешней зернистой массы протоплазмы, желточка или желтка; везикулярного сферического ядра, зародышевого пузырька; и ядрышка, которое, если оно одиночное, большое и выпуклое, зародышевого пятна. Уже на втором году младенчества можно наблюдать все мыслимые промежуточные стадии между примитивным фолликулом и полностью развитым везикулярным фолликулом граафа.

Во время полового созревания всегда следует различать определенные более крупные фолликулы, которые переместились внутрь, к внутренним слоям яичника, тогда как фолликулы меньшего размера расположены более периферически; таким образом, согласно *Вальдейеру*, в это время мы наблюдаем на участке яичника, идущем извне внутрь, сначала эпителий, затем волокнистую оболочку, затем зону более молодых фолликулов и, наконец, зону более старых фолликулов. Согласно *Хенле* и *Вальдейеру*, в начале полового созревания в каждом яичнике находится около 36 000 яйцеклеток, что дает в общей сложности 72 000 яйцеклеток для двоих.

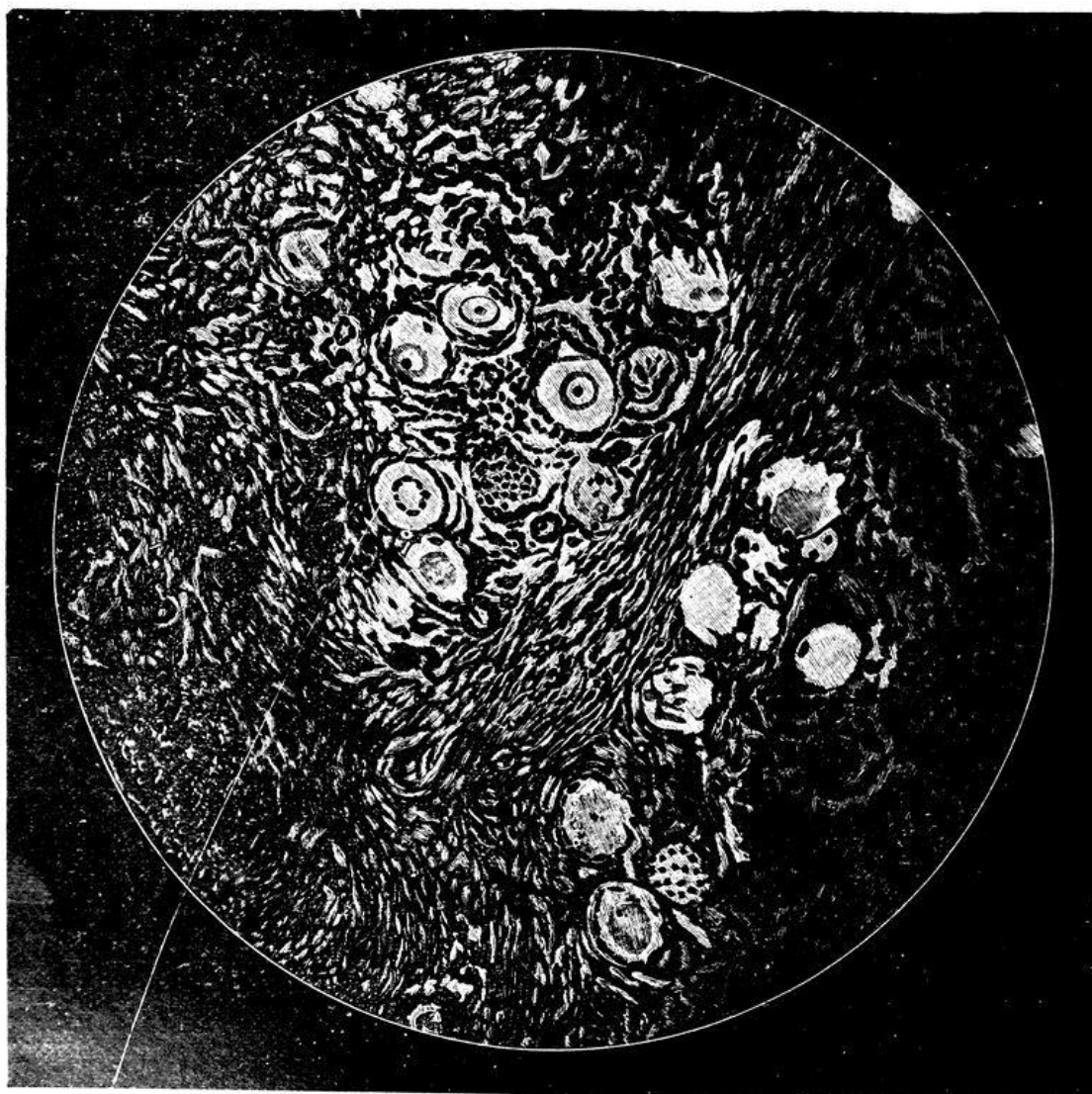


Рис. 15—Примитивные фолликулы.

В дальнейшем ходе развития граафовских фолликулов в этот период наиболее развитые из них вновь выходят на поверхность яичника, так что полностью созревший фолликул начинает занимать почти всю толщу кортикального вещества и может даже вызвать локализованное выпячивание поверхности органа. В таком зрелом фолликуле, достигшем почти размера горошины, мы распознаем самую внешнюю соединительнотканную оболочку (*theca folliculi*), состоящую из уплотненной стромы яичника, в которой различают два слоя, иногда называемые просто *внешней оболочкой* и *внутренней оболочкой*, иногда известные под названиями *фиброзной оболочки* (наружной) и *собственной оболочки* (внутренней) соответственно; внутри этого клеточного слоя, известного как *гранулезная мембрана* (или *гранулезный слой*), часть, которая сейчас значительно увеличена и непосредственно окружает яйцеклетку, известна как *пролиферирующий диск* (или *кумуляус овальный*); пространство между *пролиферирующим диском* и гранулезной оболочкой заполнено прозрачной жидкостью, *ликворными фолликулами*. Вследствие продолжающегося увеличения содержания жидкости в фолликуле граафа в конечном итоге происходит разрыв наиболее выступающей части поверхностной стенки, и яйцеклетка выходит через разрыв, попадая при нормальных условиях в фаллопиеву трубу, а через нее в матку. Затем сам фолликул претерпевает регрессивную метаморфозу, образуя *желтое тело*, разрыв в оболочке которого после всасывания желтоватого полужидкого содержимого подвергается

рубцеванию. Одновременно с этим развитием в период полового созревания процесса овуляции также впервые появляется менструация, которая с тех пор повторяется с интервалом в четыре недели в виде регулярных менструальных выделений.

Мы прилагаем отчет, приведенный *Пфанненштилем* относительно фолликулов яичников. Он пишет: “В соответствии с особой функцией женской репродуктивной железы, которая заключается в доведении до зрелости и выделении только по истечении значительного периода и с последовательными интервалами яйцеклеток, которые она содержала с самого начала, мы обнаруживаем, что примитивные фолликулы продолжают существовать в яичнике до самого конца периода половой активности, хотя, естественно, в уменьшающемся количестве; и размер и форма этих примитивных фолликулов остаются почти одинаковыми на протяжении различных периодов жизни. По мере созревания фолликула эпителий растет, клетки приобретают кубическую форму с округлым ядром и увеличиваются в количестве за счет клеточного деления, так что образуется несколько слоев. Как только количество этих слоев достигает трех или четырех, в эпителии на периферической поверхности яйцеклетки образуется пространство, поначалу щелевидное; это пространство заполняется жидкостью, известной как ликворные фолликулы; таким образом, периферический слой клеток, гранулезная мембрана, отделяется от массы эпителиальных клеток, непосредственно окружающих яйцеклетку, пролигерного диска, который расположен на стороне фолликула, прилегающей к бугорку яичника. При увеличении ликворных фолликулов образуется граафов фолликул, везикула, оболочка которой образована многослойной гранулезной оболочкой, в то время как на полюсе везикулы, направленном к вороту яичника, находится яйцеклетка, вложенная в массу клеток, образующих пролигерный диск, массу, имеющую форму усеченного конуса. Ликворные фолликулы образованы эпителием, ядра которого исчезают в результате хроматолиза или простой атрофии, в то время как клеточные тела разжижаются вследствие белковой, а не жировой дегенерации (*Шоттлендер*). В эпителии фолликула мы находим слабо блестящие эпителиальные вакуоли *Флеминга*, а также клетки, которые разжижают и способствуют увеличению объема ликворных фолликулов. Этот ликвор представляет собой жидкую серозную жидкость и содержит альбумин. * * * Каждый фолликул граафа имеет двуслойную оболочку, которая образована стромой яичника. * * Яйцеклетка растущего фолликула увеличивается в размерах действительно очень медленно, достигая в среднем, согласно *Нагелю*, диаметра от 165 до 170 мкм, она сохраняет свою прозрачную зону, большая часть протоплазмы клетки трансформируется в дейтоплазму (пищевой желток или желточные гранулы), ядро принимает эксцентрическое положение. Между прозрачной зоной и телом клетки появляется узкое перивителлиальное пространство. Затем яйцеклетка становится полноценной, но еще не полностью подготовленной к оплодотворению; для этого требуется созревание, определенные изменения в зародышевом пузырьке, которые происходят после разрыва фолликула. * * * Как правило, каждый фолликул содержит одну яйцеклетку. Но в одном фолликуле, вне всякого сомнения, наблюдались две и даже три яйцеклетки”.

Согласно *Уолдейеру*, разрыв фолликула следует рассматривать не как зависящий от внезапного повышения давления внутри него, а как результат постепенного процесса созревания. На самом глубоком полюсе фолликула, который в процессе своего развития теперь приблизился к поверхности яичника, происходит интенсивный рост внутреннего слоя (собственной оболочки) текальных фолликулов с обильным образованием новых сосудов. Здесь появляются многочисленные “эпителиоидные” клетки, “лютеиновые клетки”. Вследствие этой пролиферации лютеиновых клеток содержимое фолликула постепенно прижимается к “рыльцу”, поверхностному полюсу фолликула, а сам фолликул выталкивается к поверхности, пока, наконец, не войдет в контакт с зародышевым эпителием. Тем временем

фолликулярный эпителий подвергается жировой дегенерации, как в гранулезной мембране, так и в пролиферирующем диске. Вследствие пролиферации лютеиновых клеток, с одной стороны, и жировой дегенерации эпителия, с другой, фолликул раскрывается в самом слабом месте - рыльце, и яйцеклетка выталкивается вместе с ликворными фолликулами и рядом клеток, принадлежащих фолликулярному эпителию. (Чтобы проиллюстрировать эти изменения, мы позаимствовали рисунки 15, 16 и 17 из монографии *Пфанненштиля о заболеваниях яичников*, опубликованной в "Руководстве по гинекологии" Дж. Вейтса.)

Яичники, которые у новорожденной девочки представляют собой уплощенные лентовидные тела длиной от половины до одного сантиметра (0,2-0,4 дюйма), а в детстве имеют цилиндрическую форму с идеально гладкой поверхностью, принимают во время полового созревания более или менее уплощенную форму. Во время менархе они имеют удлинненно-овальную форму, сплюснутые из стороны в сторону, их средняя длина составляет от 2,5 до 5,0 сантиметров (от 1 до 2 дюймов), ширина от 1,5 до 3,0 сантиметров (от 0,59 до 1,18 дюйма), толщина от 0,6 до 1,4 сантиметра (от 0,24 до 0,55 дюйма), вес от 5 до 8 граммов (от 77 до 123 зерен). После повторного наступления овуляции поверхность яичника становится все более и более неровной, густо покрываясь ямками или рубцовидными трещинами.

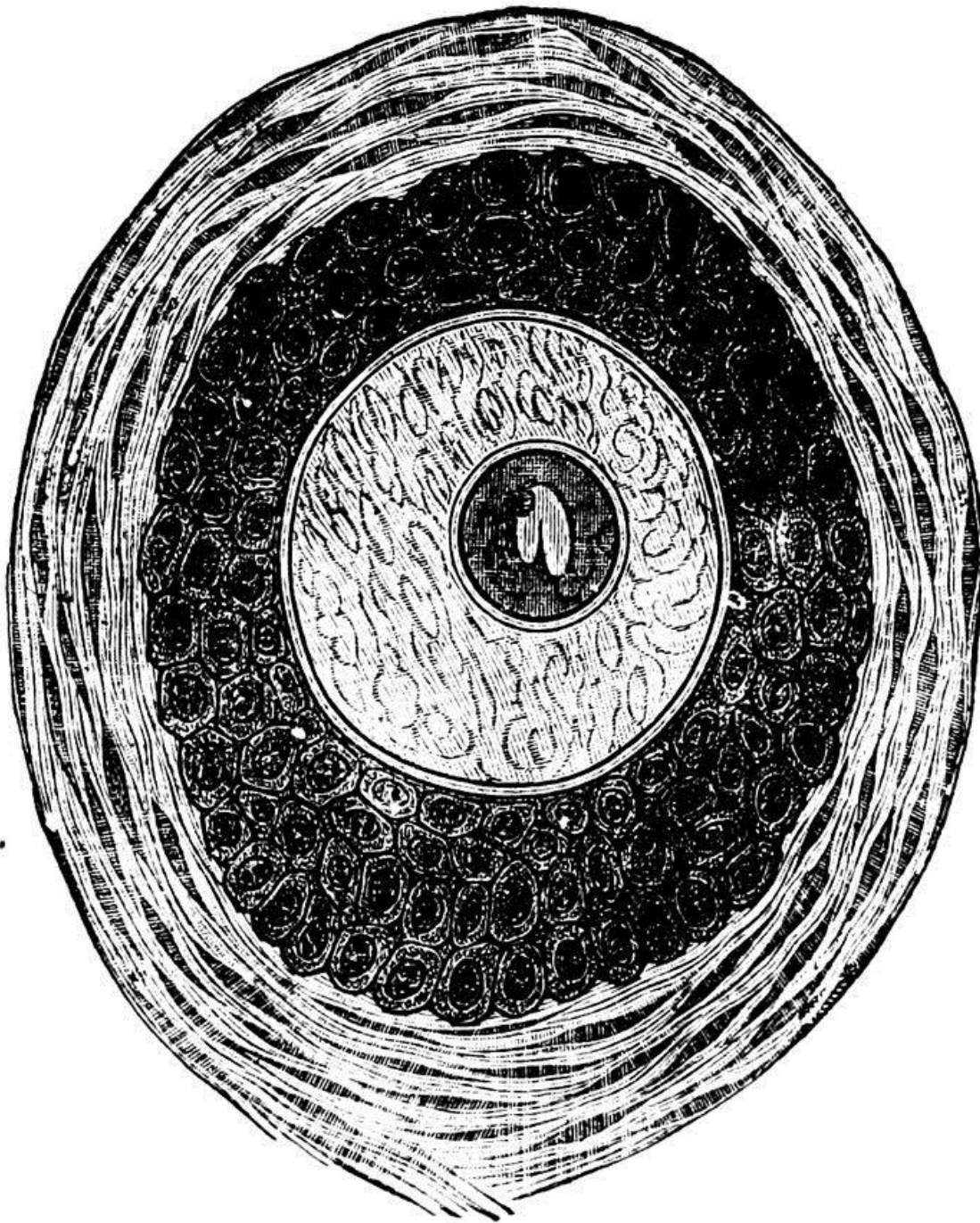


Рис. 16—созревающие фолликулы.

Влагалище в девственном возрасте узкое, и его слизистая поверхность покрыта многочисленными ворсинками, которые можно не только увидеть, но и пощупать. Размер влагалища пропорционально меньше, чем у молодой девушки. Исследующий палец захватывается стенкой влагалища, как резиновой трубкой (*Maschka*). Влагалищная часть шейки матки прощупывается в виде усеченного конуса, с гладкой поверхностью, довольно плотной по консистенции; наружный зев открывается на дне небольшого углубления на ее поверхности, в виде короткого овала, длинная ось которого направлена поперечно. Незадолго до менархе железы Бартолина становятся заметными по обе стороны от нижнего конца влагалища между мышцами сфинктера.

Клитор во многих случаях достигает очень больших размеров, и это может привести к сексуальным злоупотреблениям. Согласно *Хиртлу*, в южных странах клитор больше, чем в

странах с умеренным и холодным климатом. У женщин Абиссинии, а также у мандинго и иббо размер поражает воображение, и среди первопричинных обрезание самок является обычной операцией. Говорят, что женщины-рабыни, принадлежащие к этим расам, очень почитаемы дамами гарема и их охотно разыскивают. В патологоанатомическом музее в Праге хранится образец женских половых органов с клитором размером с пенис взрослого мужчины.

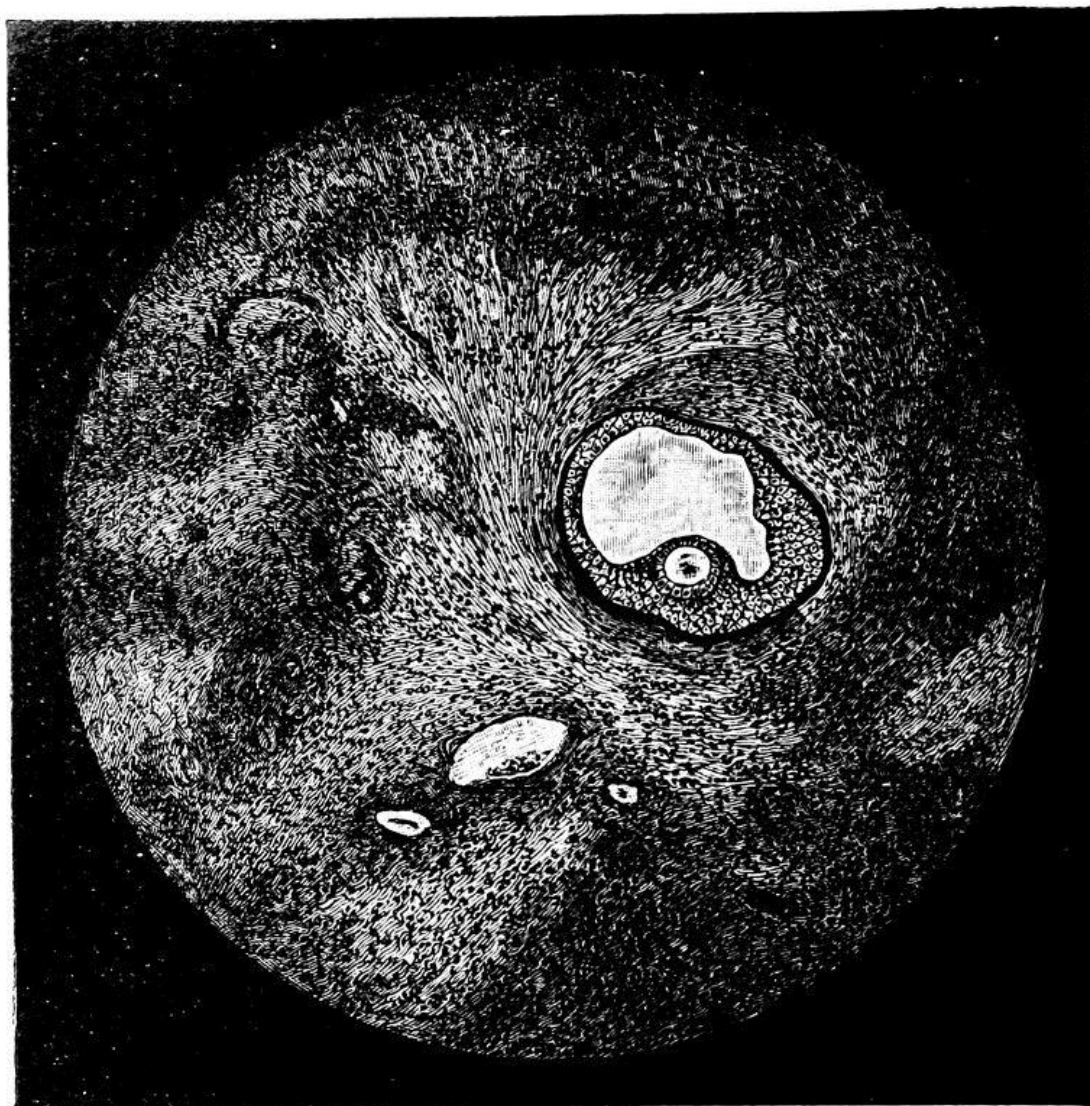


Рис. 17—Граафовы фолликулы.

Сонини описывает “характерное для женщин египетского или коптского происхождения наличие толстого, мясистого, но мягкого и свисающего нароста в лобковой области, полностью покрытого волосами”, который он сравнивает со свисающим карункулом на клюве самца индейки. С возрастом этот придаток становится толще и длиннее. *Сонини* обнаружил такой придаток длиной в полдюйма у восьмилетней девочки и более четырех дюймов у женщины двадцати-двадцати пяти лет. Обрезание у девочек заключается в удалении этого нароста, препятствующего совокуплению; в этой части мира операцию обычно проводят на седьмом или восьмом году жизни, незадолго до наступления половой зрелости.

Обрезание девочек, практикуемое мусульманскими народами в Африке, по словам *Плосса* и *Бартельса*, заключается в удалении малых половых губ, клитора и *præputium clitoridis*. *Брем*

придерживается мнения, что целью операции является уменьшение интенсивности сексуального влечения, столь сильного у этих рас; но другие полагают, что значительное увеличение клитора и малых половых губ, обычное в этих странах, рассматривается как серьезный недостаток красоты, устраняемый операцией; в то время как другие снова придерживаются мнения, что обрезание необходимо для устранения препятствия к совокуплению, создаваемого ненормально большим клитором. Согласно *Плоссу* и *Бартельсу*, с операцией обрезания у женщин тесно связан характерный для Африки обычай инфibuляции, при котором после предварительной режущей операции, подобной операции обрезания, свежие раневые поверхности точно совмещаются либо швами, либо соответствующими повязками, так что при рубцевании щель вульвы закрывается, за исключением очень маленького отверстия. Целью инфibuляции является принуждение девушек к полному воздержанию от половых сношений. (До вступления в брак расщелина вульвы вновь открывается в объеме, соответствующем размеру половых органов будущего мужа; а при наступлении беременности отверстие еще больше увеличивается перед родами; но после этого события раневые поверхности освежаются, и все отверстие снова закрывается). С другой стороны, во многих диких племенах удлинение малых половых губ и клитора искусственно проводится с самых ранних лет девичества, и это удлинение считается красотой.

Части внешних репродуктивных органов женщины, связанные с сексуальными ощущениями, впервые описанные как таковые *Кобельтом*, уже полностью развиты во время менархе. Из этих частей только небольшая часть, головка клитора, видна снаружи, окруженная *præputium clitoridis*, продолжением малых половых губ, которое проходит вокруг передней части клитора и посылает с каждой стороны тонкие отростки позади головки, которые прикрепляются к ее нижней поверхности, образуя лобковую кость клитора. Эрективный аппарат наружных половых органов образован кавернозными телами клитора. В виде двух тонко сконструированных трабекулярных образований эректильной ткани, голени клитора, они прикреплены с обеих сторон к нижним или нисходящим ветвям лобковых костей; сначала они проходят вверх параллельно костям, затем изгибаются вниз, сходясь и соединяясь, образуя тело клитора; эти образования эректильной ткани охватывают боковые и переднюю части нижней оконечности влагалища. Этот эректильный аппарат, когда приток артериальной крови значительно ускоряется и в то же время уменьшается отток венозной крови, наполняется кровью, увеличивается и становится жестким; процесс эрекции играет важную роль, как мы объясним более полно позже, в возникновении сексуального возбуждения и сексуального удовольствия во время акта совокупления.

У девственницы и на ранних стадиях половой жизни девственная плева является настолько характерным органом, что ее более подробное описание казалось бы желательным.

Девственная плева, складка слизистой оболочки, отходящая от периферии влагалищного отверстия, отделяет влагалище от вульвы в виде перфорированной диафрагмы. Между двумя эпителиальными слоями, из которых, как складка слизистой оболочки, состоит девственная плева, находится поддерживающий слой соединительной ткани различной прочности; в остальном слизистая оболочка девственной плевы имеет ту же структуру, что и слизистая оболочка влагалища. На его внутренней поверхности удлинены коврики и складки слизистой оболочки влагалища. Форма девственной плевы очень изменчива; чаще всего ее отверстие находится более или менее в центре, так что девственная плева имеет кольцевидную или полулунную форму.

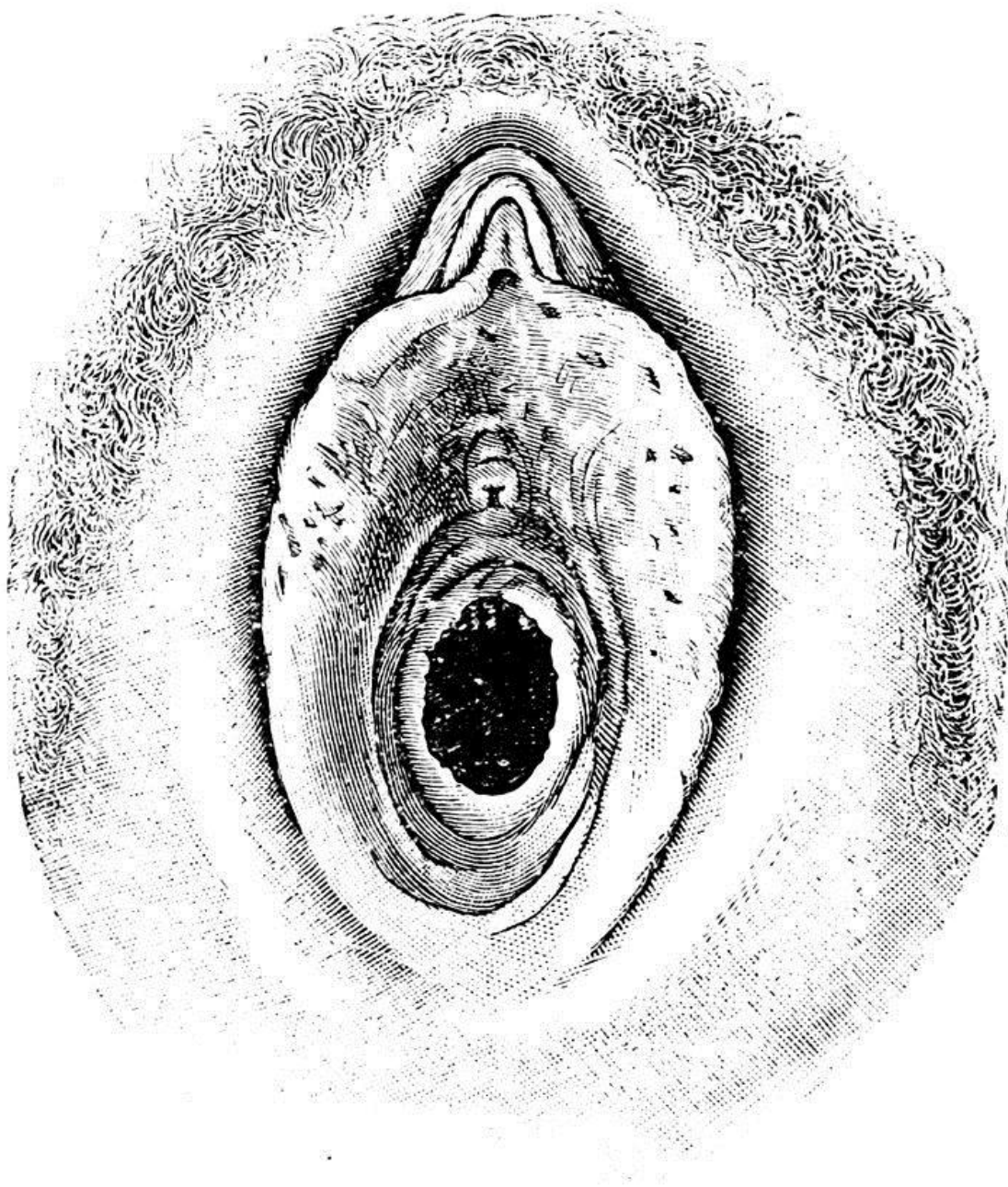


Рис. 18—Кольцевидная девственная плева.

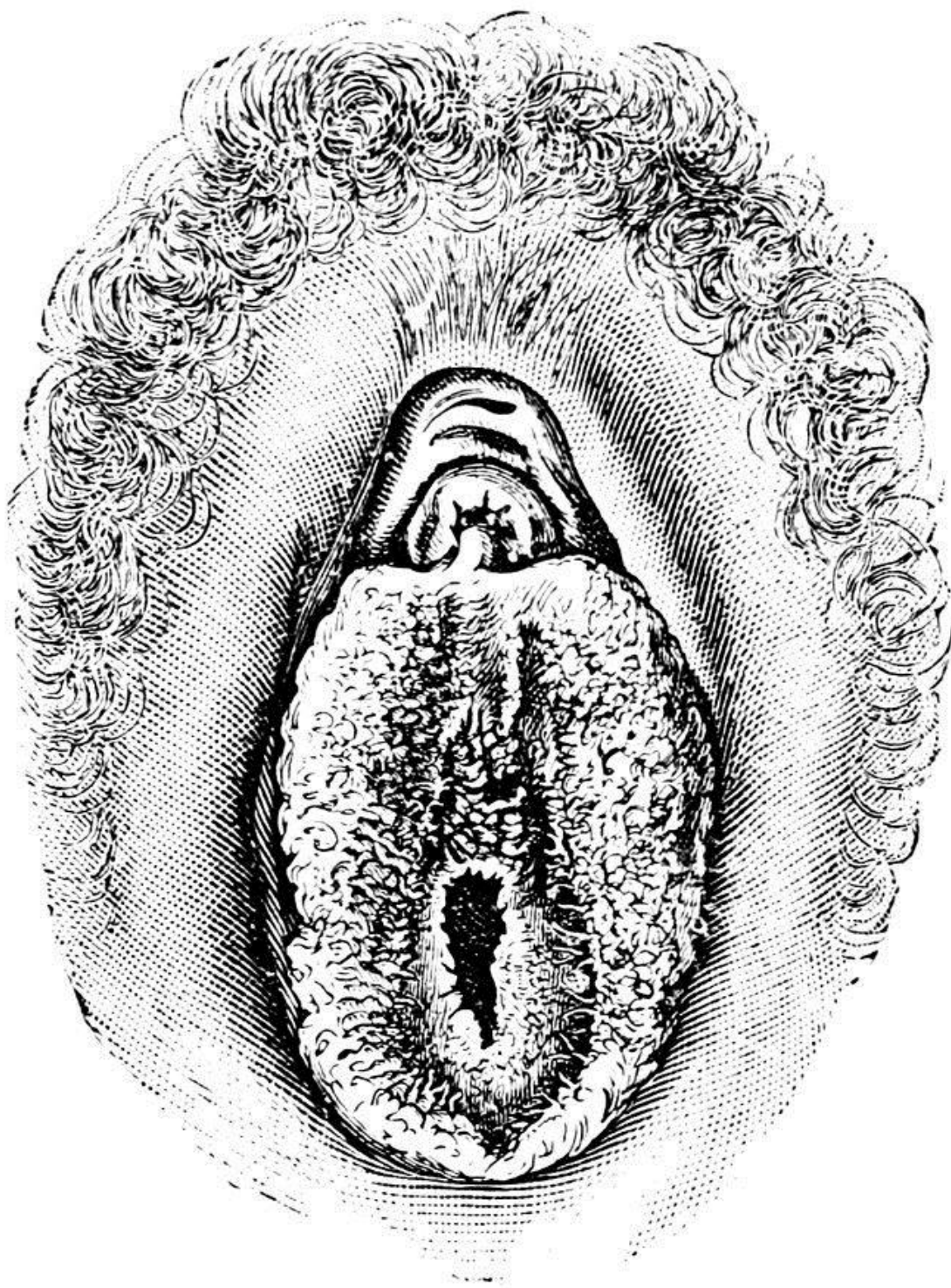


Рис. 19—Кольцевидная девственная плева.

У новорожденного младенца женского пола девственная плева имеет вид трубчатой пробки, закрывающей нижний конец влагалища; согласно *Дорну*, она, как правило, имеет одну из трех типичных форм: *кольцевидная, зубчатая, и языковидная; кольцевидная, зубчатая и языковидная (или язычковидная) девственная плева*. Поперечные выступы на внутренней поверхности девственной плевы, продолжения морщинистых столбиков влагалища, сильно развиты. В процессе дальнейшего роста девочки, в связи с увеличением влагалища, девственная плева претерпевает важные изменения в форме и структуре. Ее граница становится тоньше и напряженнее; и у девственницы во время менархе кольцевидная

девственная плева является основным типом, подверженным, однако, обширным вариациям. Во всяком случае, в большинстве случаев отверстие в девственной плеве расположено более или менее в центре; однако очень часто это отверстие имеет форму полумесяца, когда у нас полулунная девственная плева, высота задней границы которой намного больше, чем передней. Консистенция девственной плевы, ее растяжимость и толщина столь же изменчивы, как и ее форма.

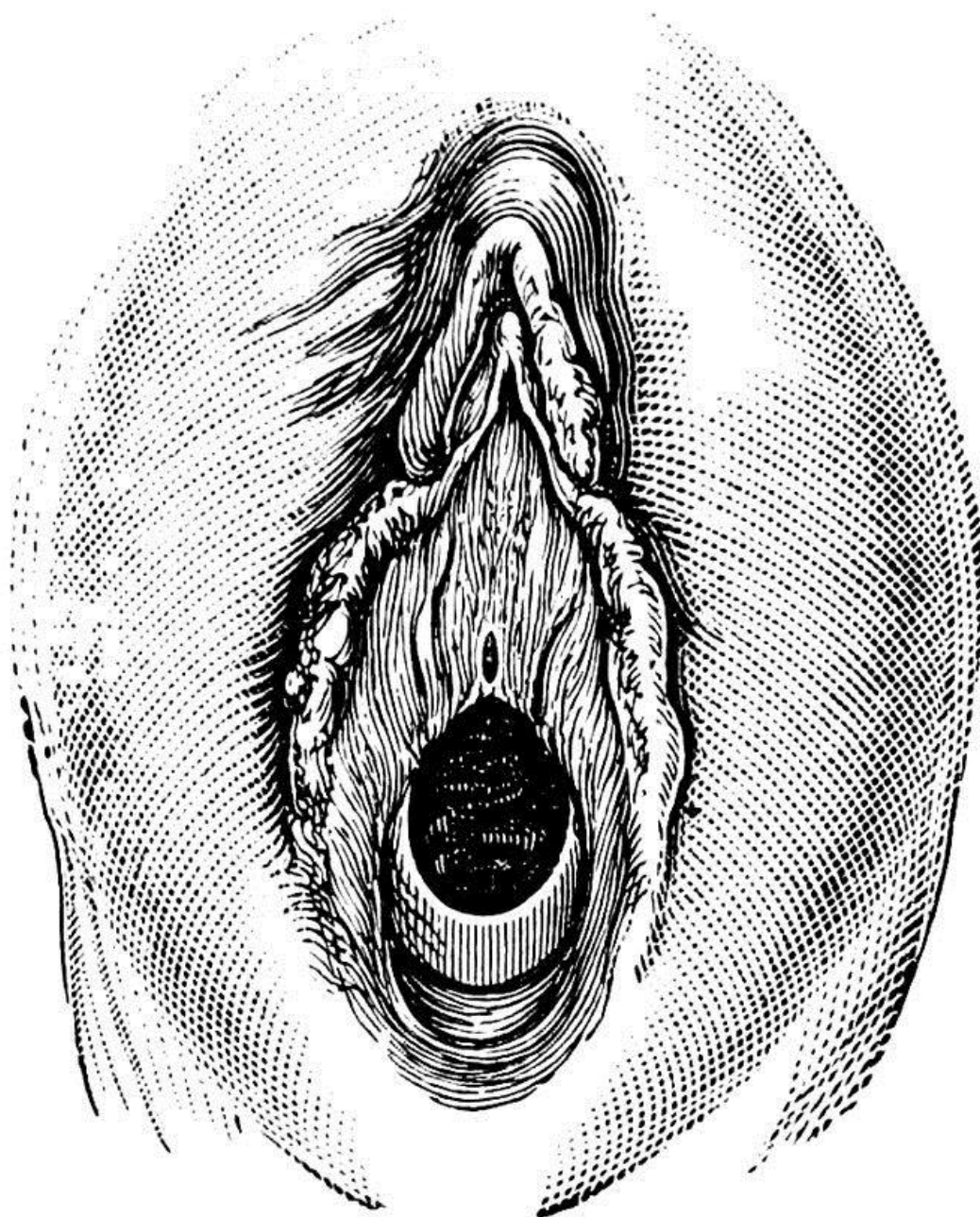


Рис. 20—Полулунная девственная плева.

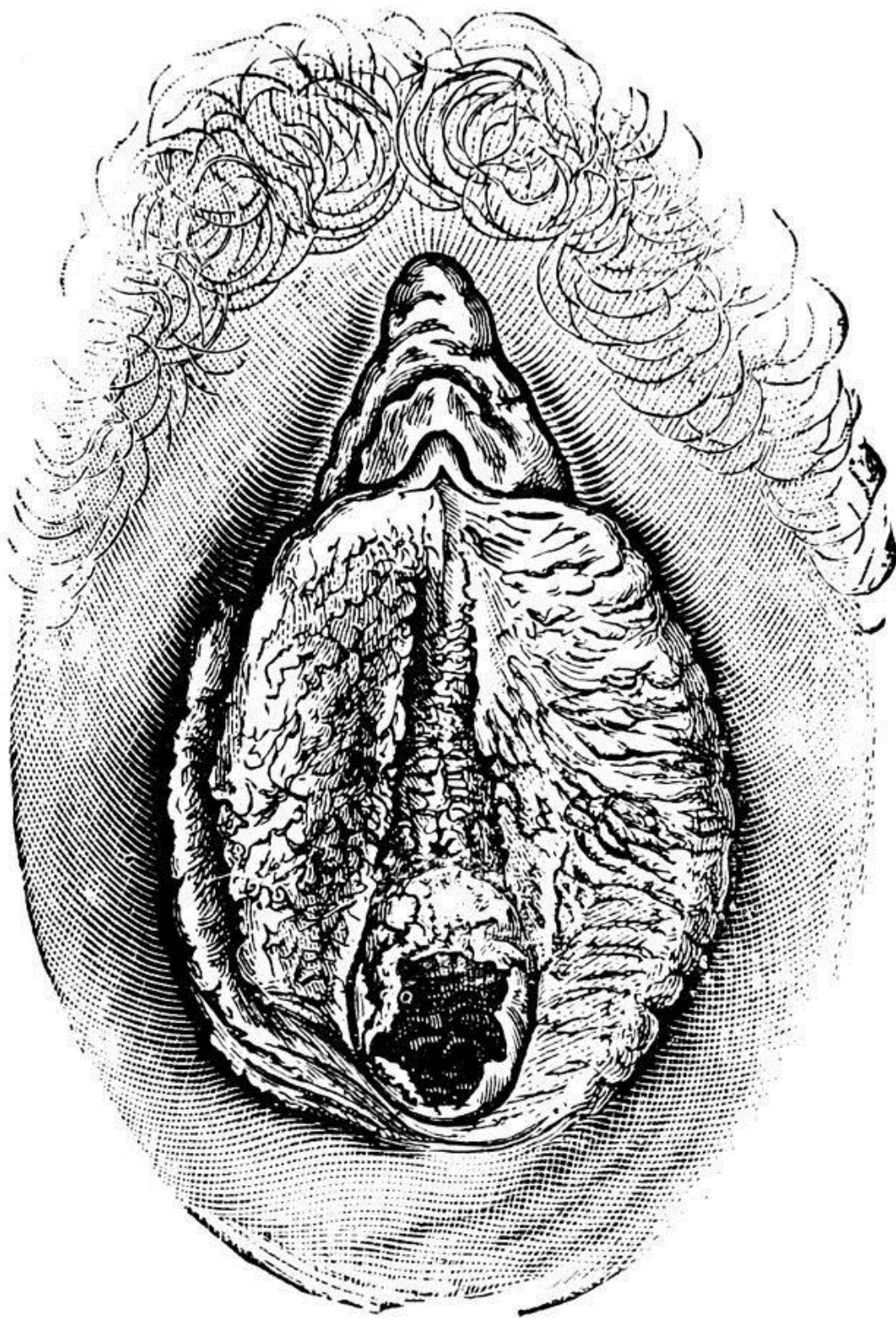


Рис. 21—Кольцевидная девственная плева с врожденными симметричными углублениями.

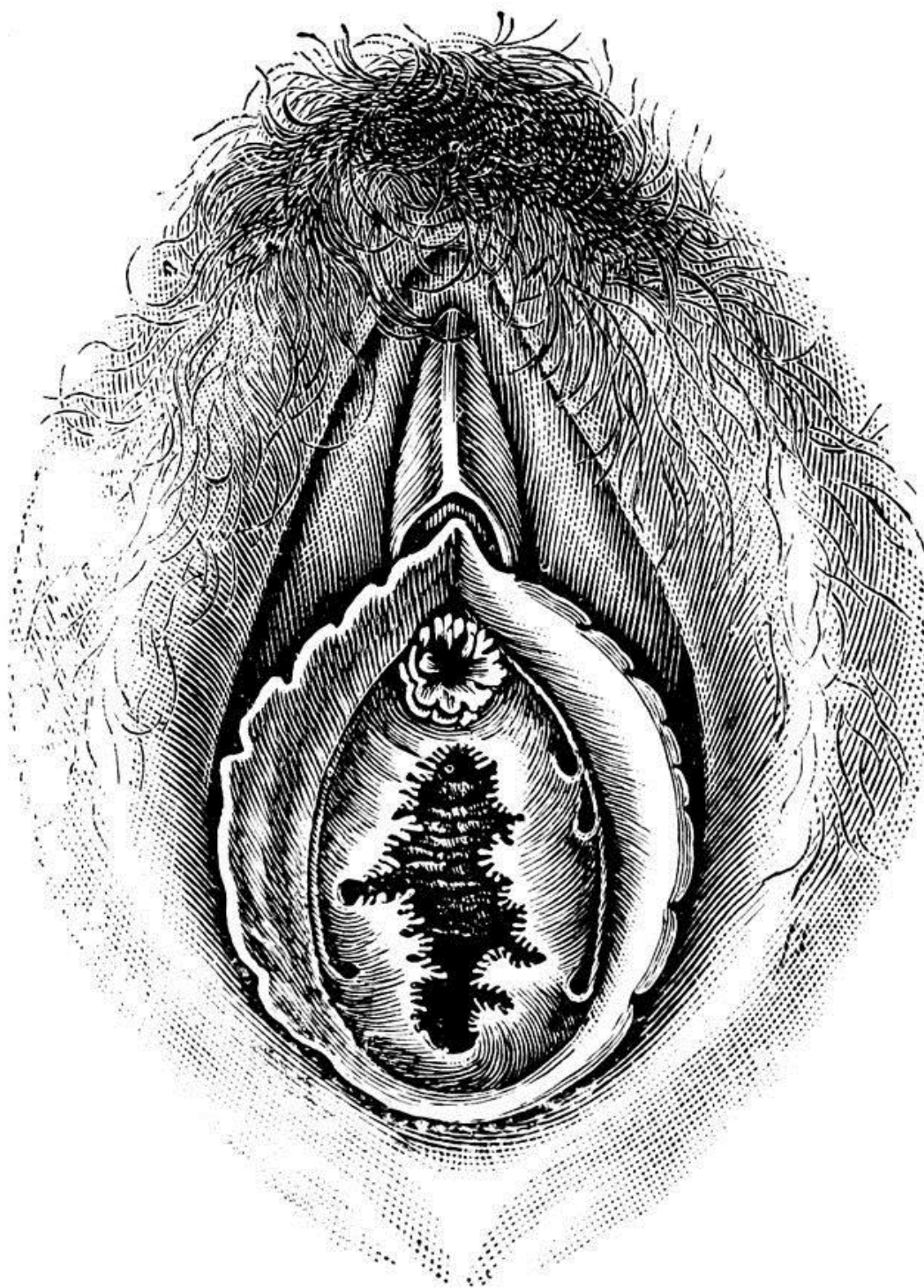


Рис. 22—Фимбрийная девственная плева.

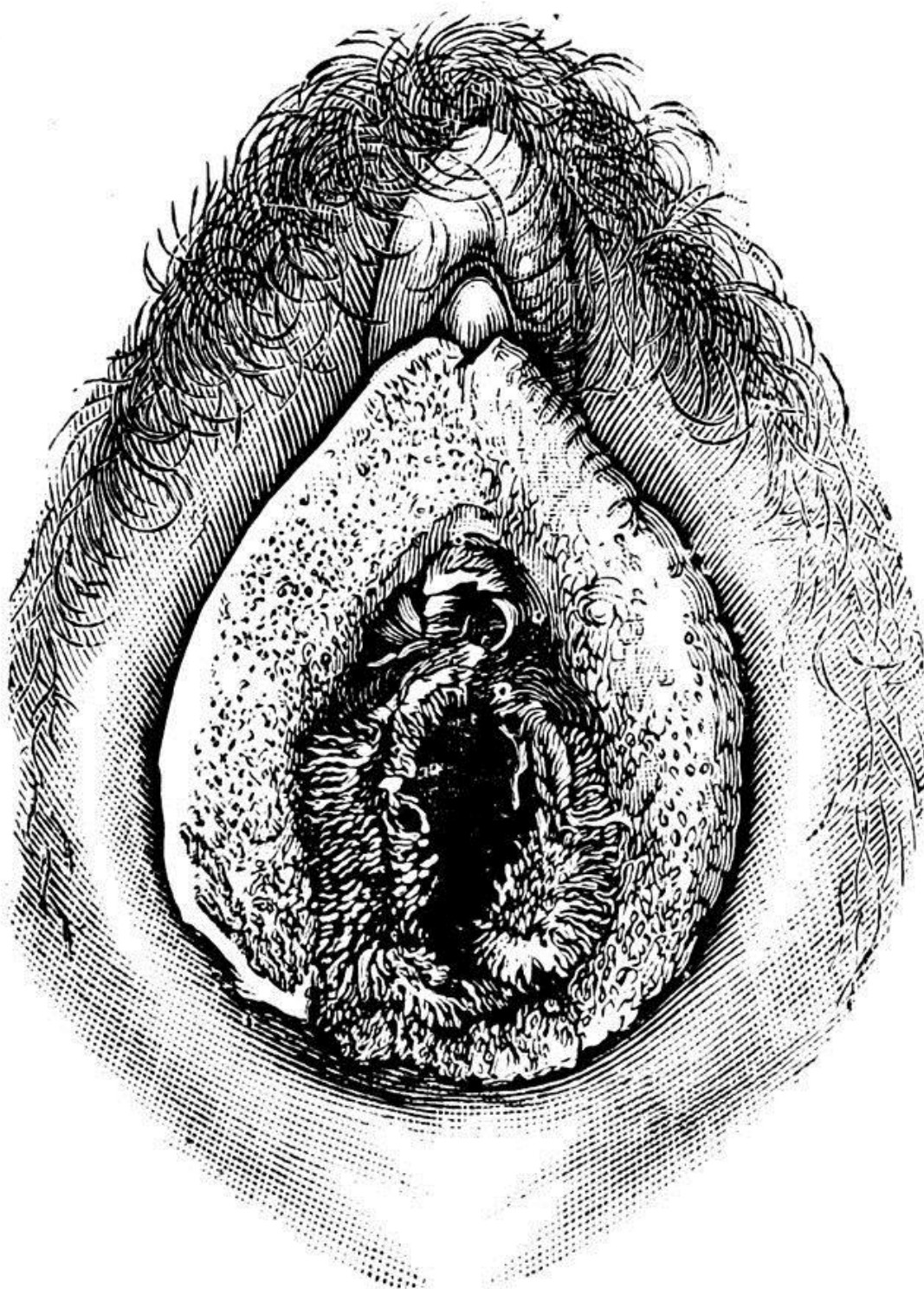


Рис. 23— Дефлорация фимбрийной плевы.

При нормальном положении репродуктивных органов девственная плева очень редко имеет вид напряженной оболочки; как правило, она загнута и становится отчетливо видимой только тогда, когда половые органы растянуты. Край гименеального отверстия, как показывает внимательный осмотр, иногда острый и правильный, иногда дольчатый, с небольшими врожденными выемками. Эти врожденные зарубки следует отличать от рваных ран, возникающих в результате дефлорации, тем фактом, что первые имеют гладкую границу, которая имеет ту же консистенцию, что и общее вещество девственной плевы. В

некоторых случаях граница отверстия в девственной плеве покрыта мелкими ворсинками (ворсинчатая девственная плева).

Таким образом, распространенные разновидности девственной плевы классифицируются по *Маске*:

1. *Кольцевая девственная плева*, при которой видно, что мембрана при растяжении имеет округлое отверстие, которое может быть центральным или эксцентричным; действительно, очень часто отверстие расположено ближе к верхней половине девственной плевы, и в этом случае оно не всегда круглое, а часто скорее яйцевидной формы.
2. *Полулунная или серповидная девственная плева*, при которой отверстие эксцентрично расположено в верхней половине мембраны таким образом, что девственная плева имеет широкую поверхность ниже отверстия, поверхность которого сужается с обеих сторон по мере прохождения вверх, пока не исчезнет, при этом две стороны не соединяются над отверстием.
3. *Сердцевидная или сердцевидная девственная плева*, общая форма которой может быть круглой, яйцевидной или даже полулунной, но в которой от середины верхнего или нижнего края поперек отверстия выступает треугольный язычок, которому, таким образом, придается форма обычного сердца колоды карт.
4. *Нижнечелюстная девственная плева* имеет форму небольшой выступающей воронки, напоминающей по внешнему виду инвагинированный конец пальца перчатки.

Машка относится также к редкому состоянию, при котором, как иногда говорят, отсутствует девственная плева. На самом деле, однако, в таких случаях она представлена очень узким кольцевидным возвышением, при этом гениталии в других отношениях нормальны. Гладкий характер возвышения поможет отличить его от остатков разрушенной девственной плевы. Другие редкие формы:

1. *Неперфорированная девственная плева*, окклюзионная мембрана, полностью перекрывающая отверстие влагалища. Однако в некоторых случаях девственная плева не является абсолютно неперфорированной, при этом присутствует очень маленькое точечное отверстие.
2. *Решетчатая девственная плева*, “неперфорированная” девственная плева в том смысле, что в ней нет отверстия размером, приближающегося к нормальному, но в котором присутствует несколько крошечных отверстий.
3. *Перегородка, перекрытая или разделенная девственная плева (раздвоенная девственная плева и др.)* представляет собой полоску слизистой оболочки, чаще всего идущую прямо спереди назад, иногда, однако, несколько наклонно, через отверстие в мембране, которое, таким образом, разделено на две равные или неравные части. В некоторых случаях отросток, перекрывающий отверстие девственной плевы, расширяется в вертикальной плоскости, образуя перегородку, которая на некоторое расстояние выступает во влагалище.

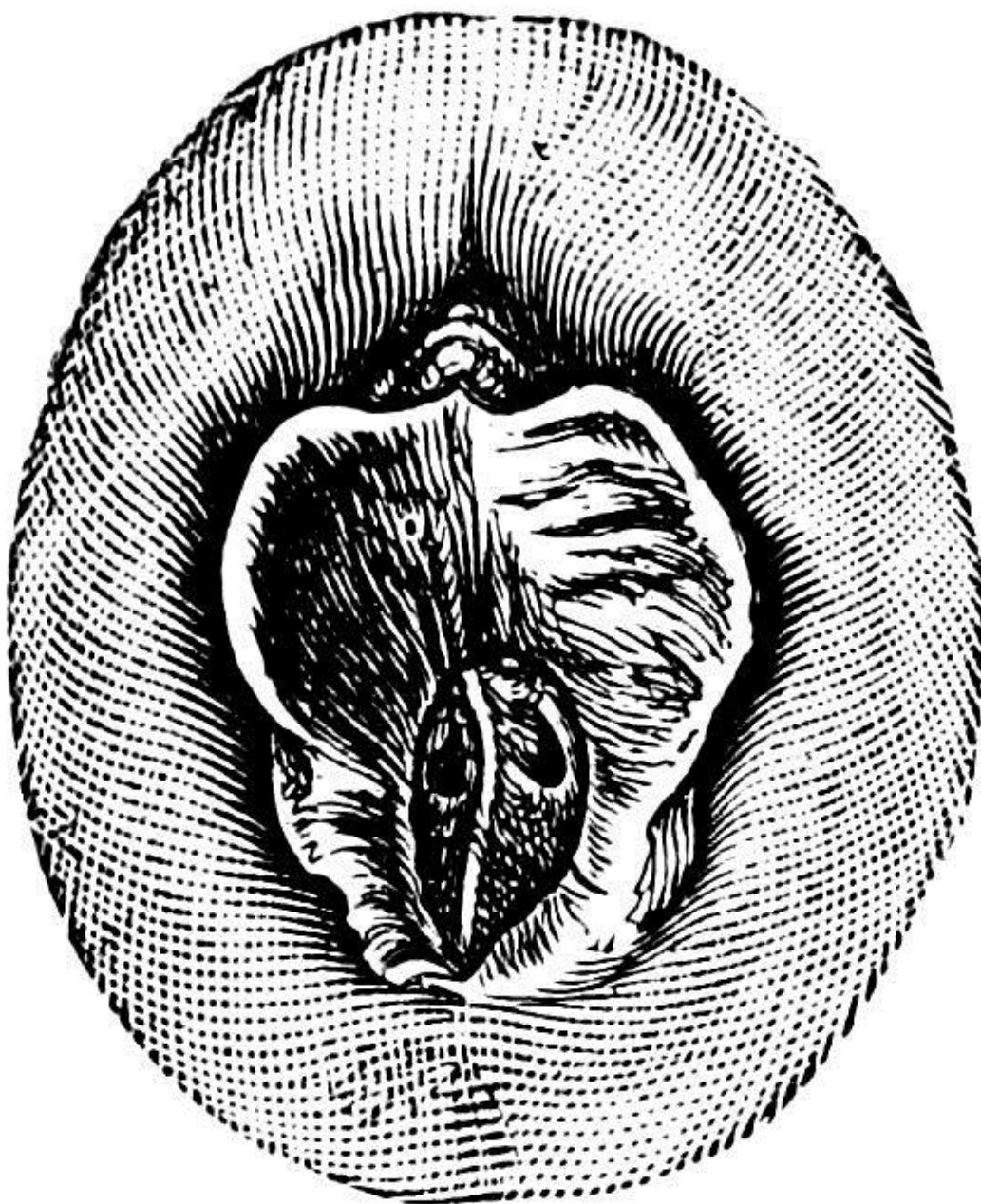


Рис. 24—Перегородчатая кольцевидная девственная плева.

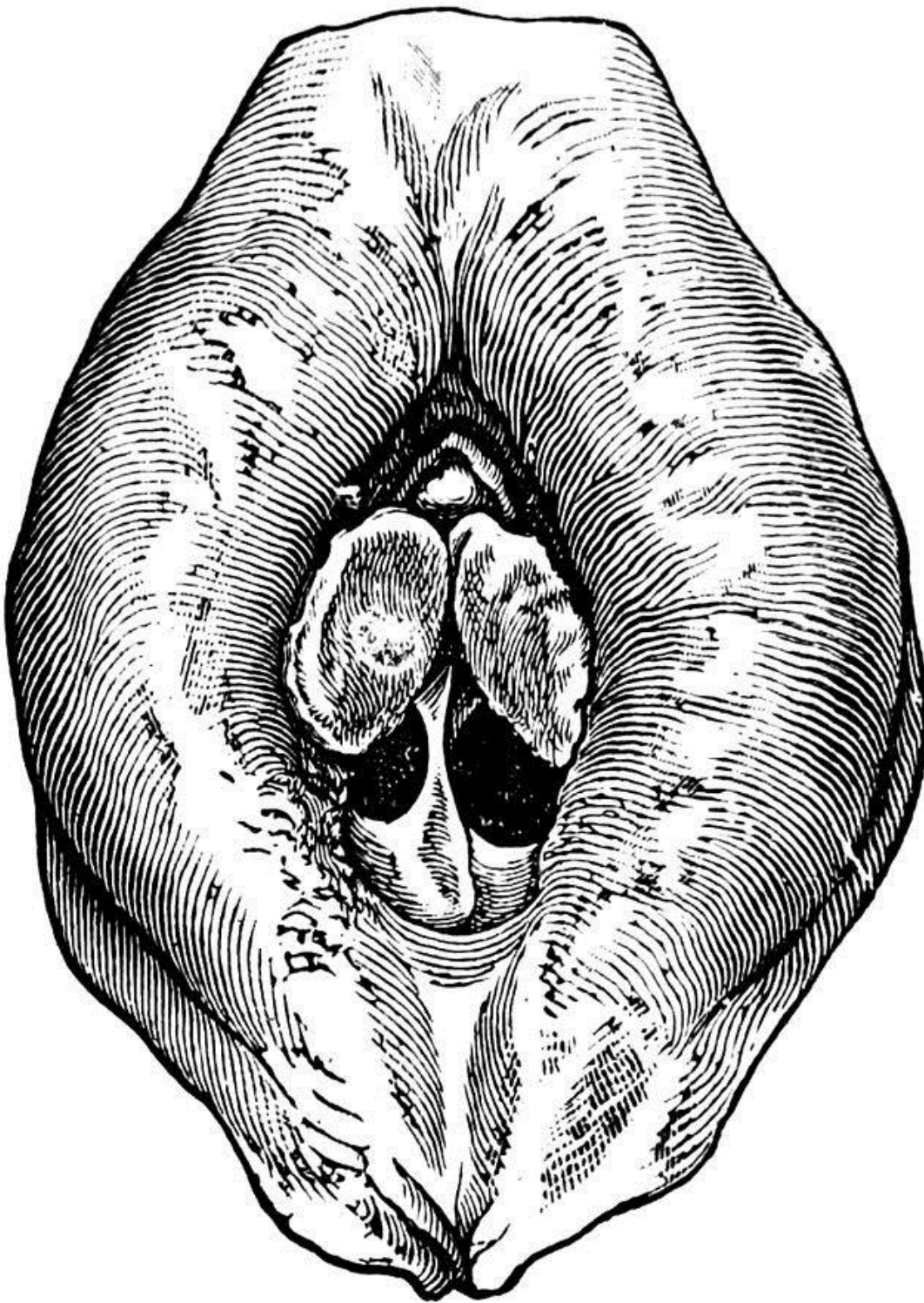


Рис. 25—Перегородчатая полулунная девственная плева.

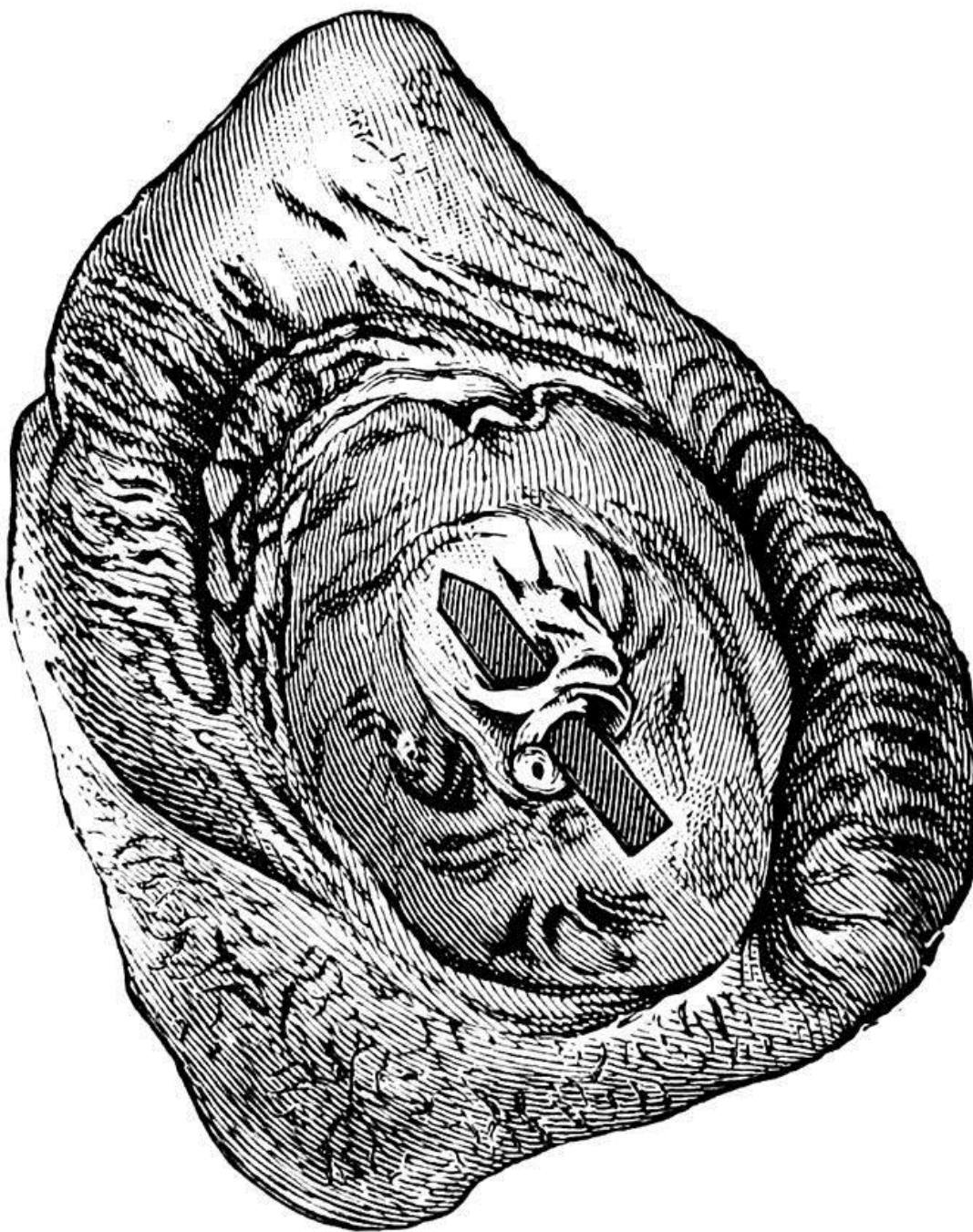


Рис. 26— Чрезвычайно прочная кольцевидная девственная плева с косо расположенной перегородкой.

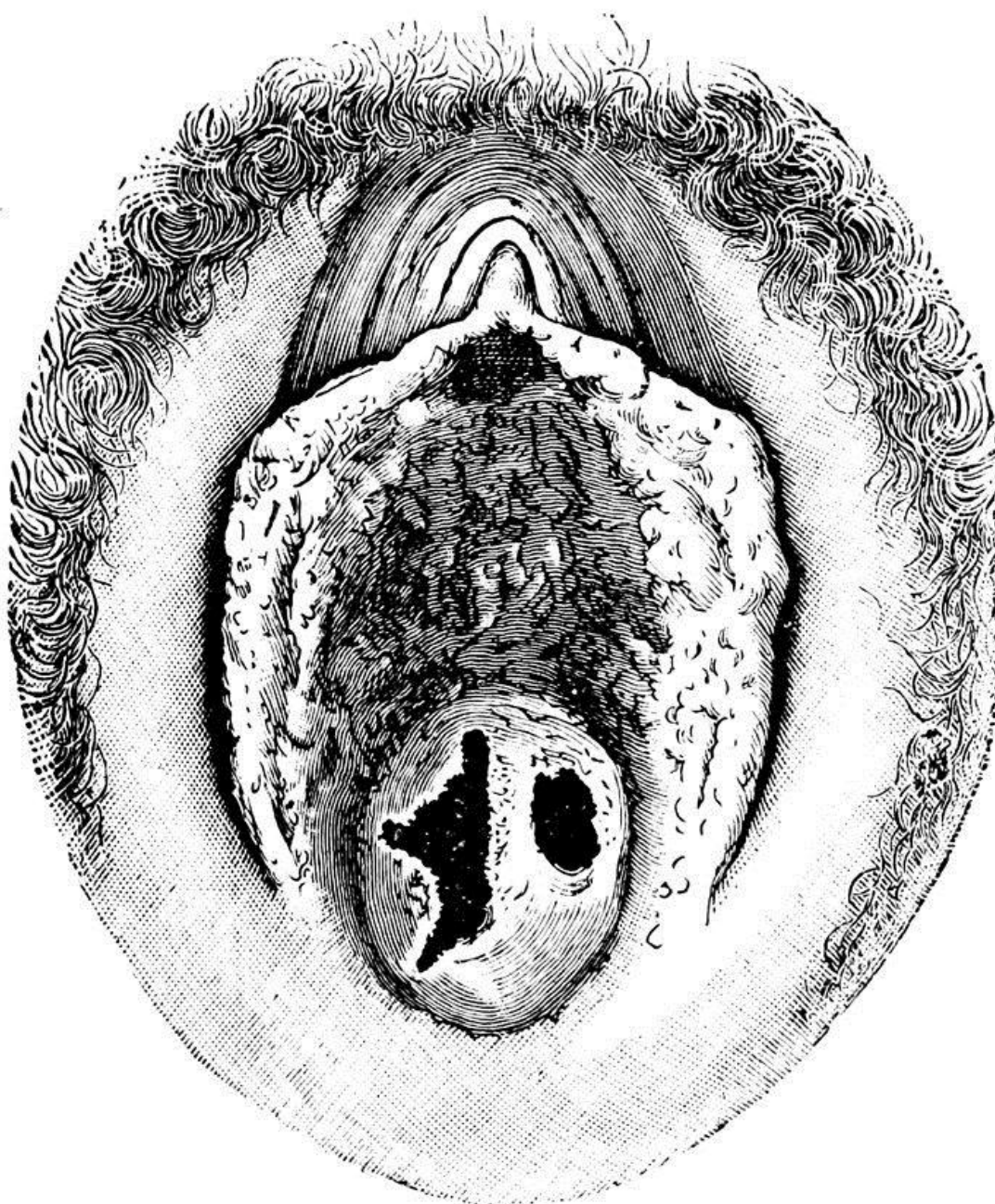


Рис. 27— Перегородчатая девственная плева с отверстиями неодинакового размера.

4. *Лопастная, дольчатая или губная девственная плева*, которая состоит из нескольких (от двух до четырех) долей с каждой стороны, каждая из которых перекрывает следующую, как черепица в крыше, в то время как отверстие между двумя сторонами имеет форму переднезадней щели (рис. 37); в некоторых случаях доли дольчатой девственной плевы расположены так, что мембрана имеет вид складки слизистой оболочки с центральной бороздой.

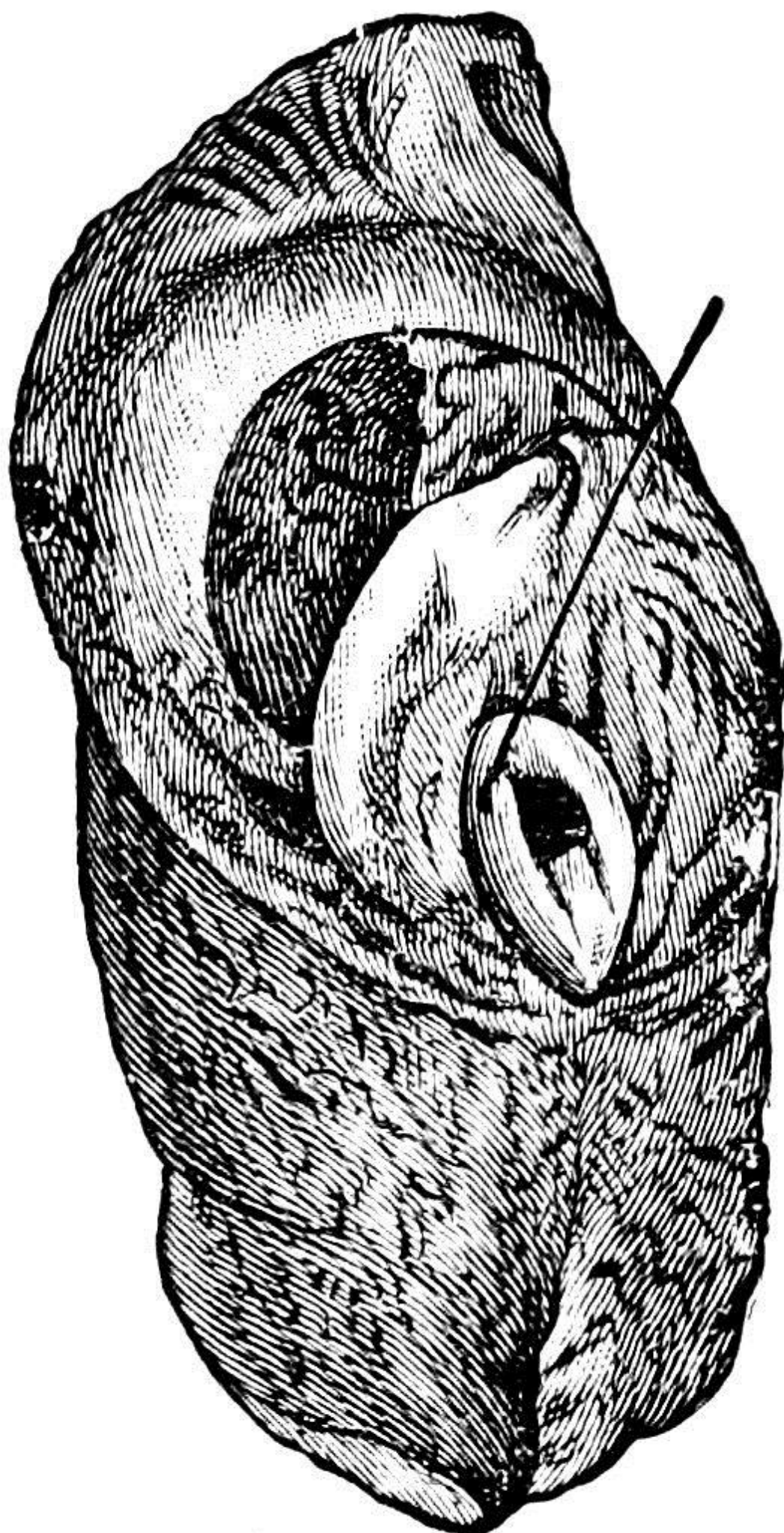


Рис. 28— Перегородчатая девственная плева с отверстиями неодинакового размера.

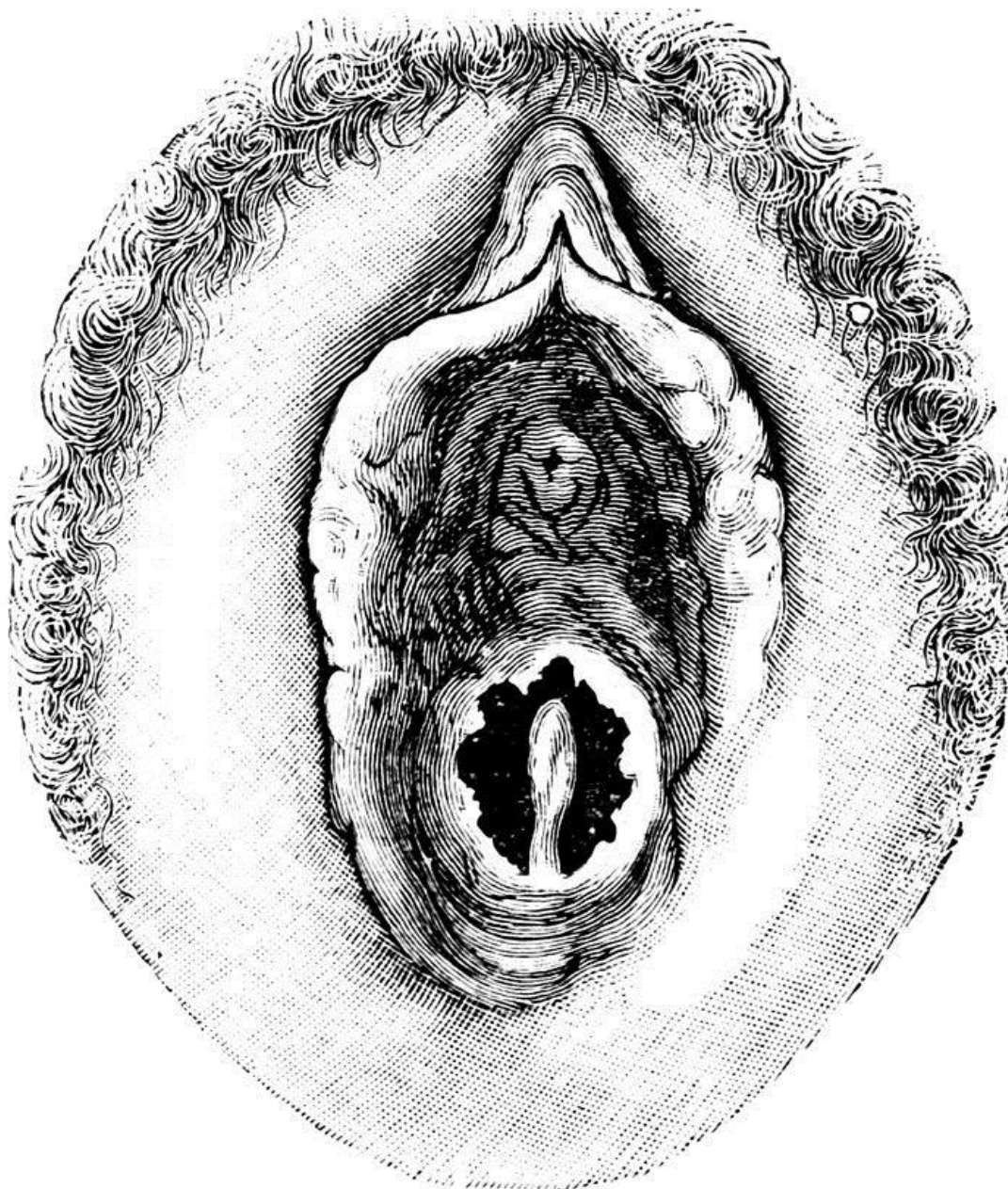


Рис. 29—Девственная плева с зачаточной перегородкой.

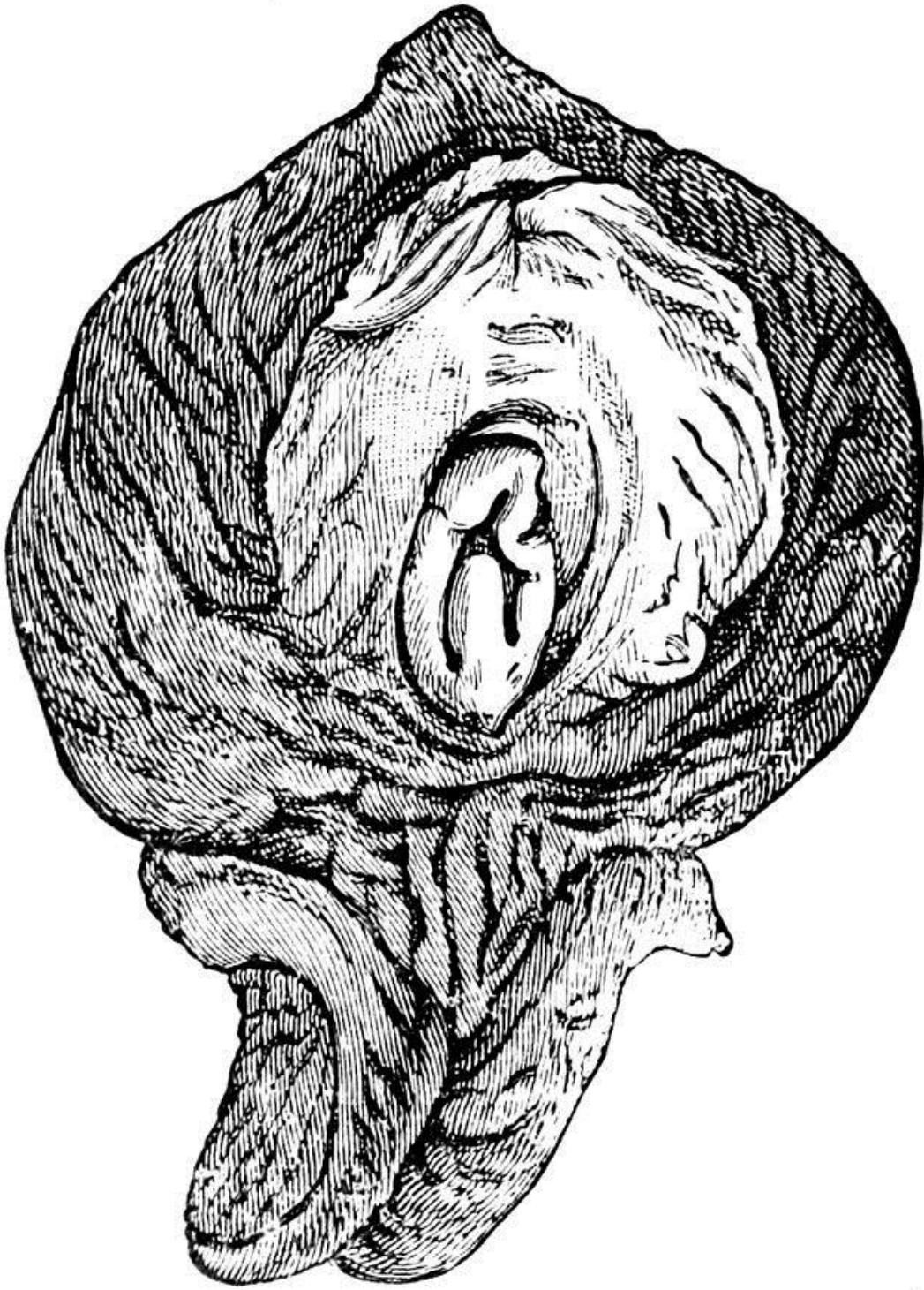


Рис. 30—Девственная плева с задней рудиментарной перегородкой.

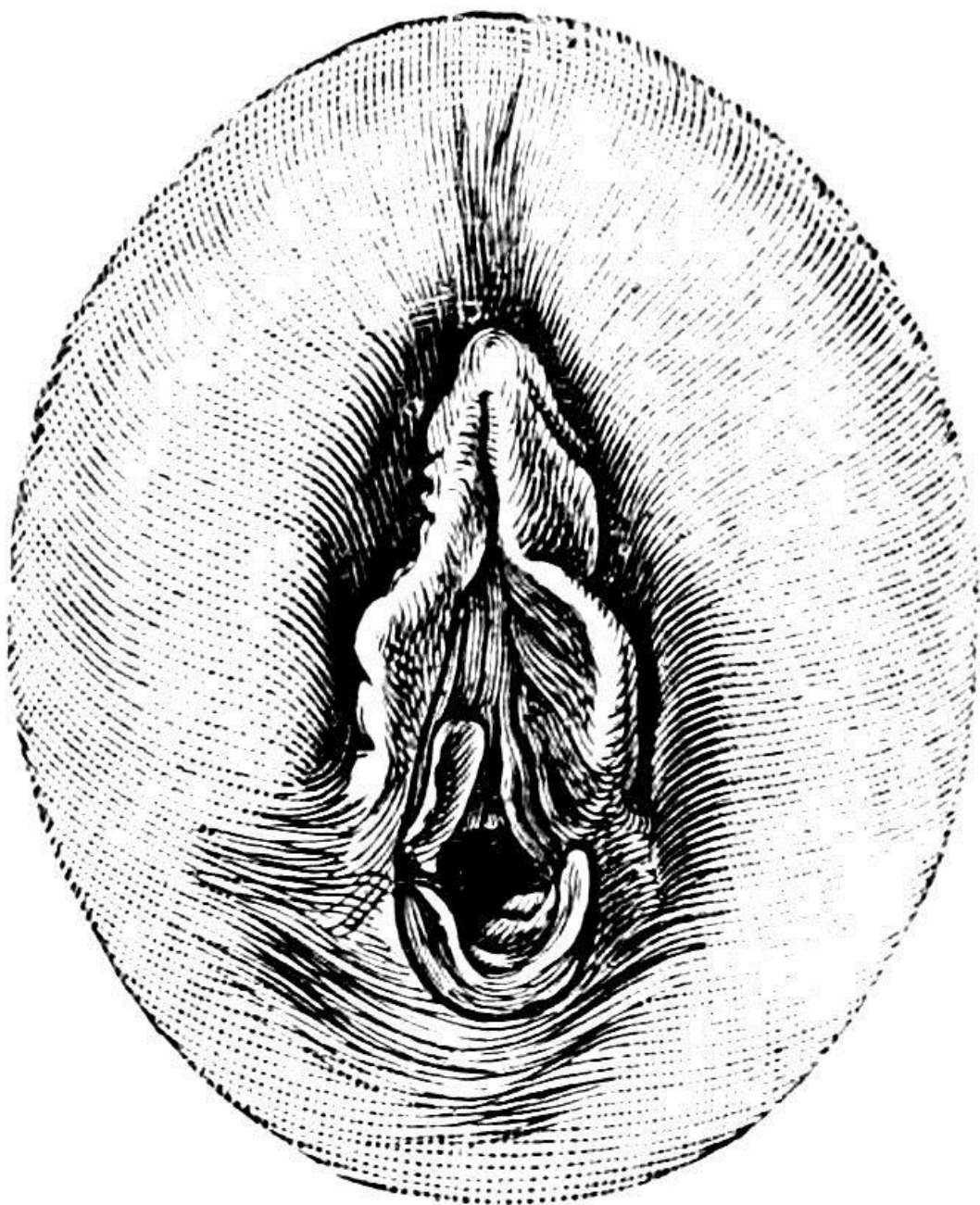


Рис. 31— Девственная плева губ с задней рудиментарной перегородкой.

Очевидно, что неперфорированная или решетчатая девственная плева из-за препятствия, которое она создает для прохождения менструальных выделений, может во время менархе и сразу после начала менструации вызвать серьезные нарушения и патологические состояния.

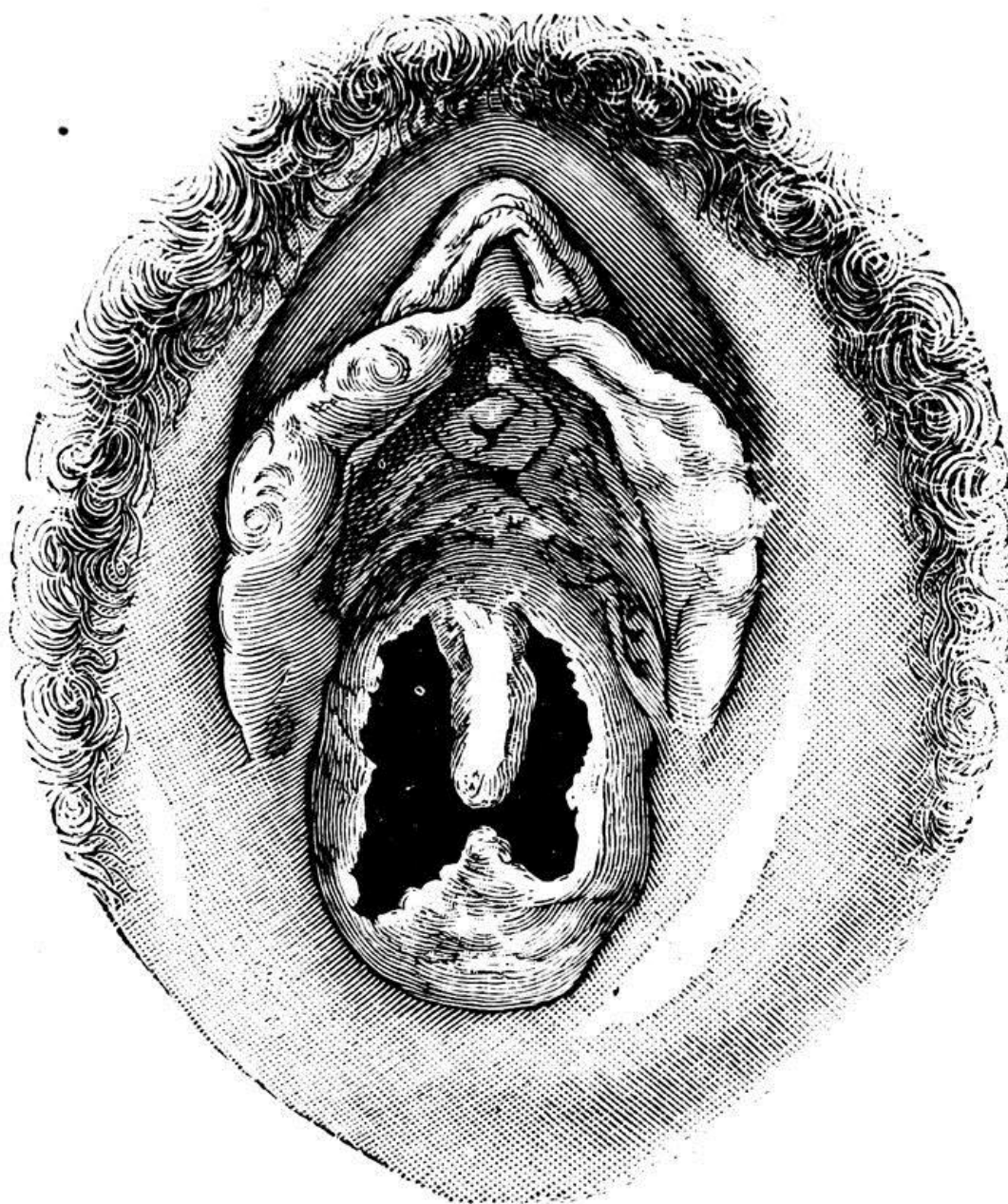


Рис. 32—Девственная плева с передней зачаточной перегородкой.

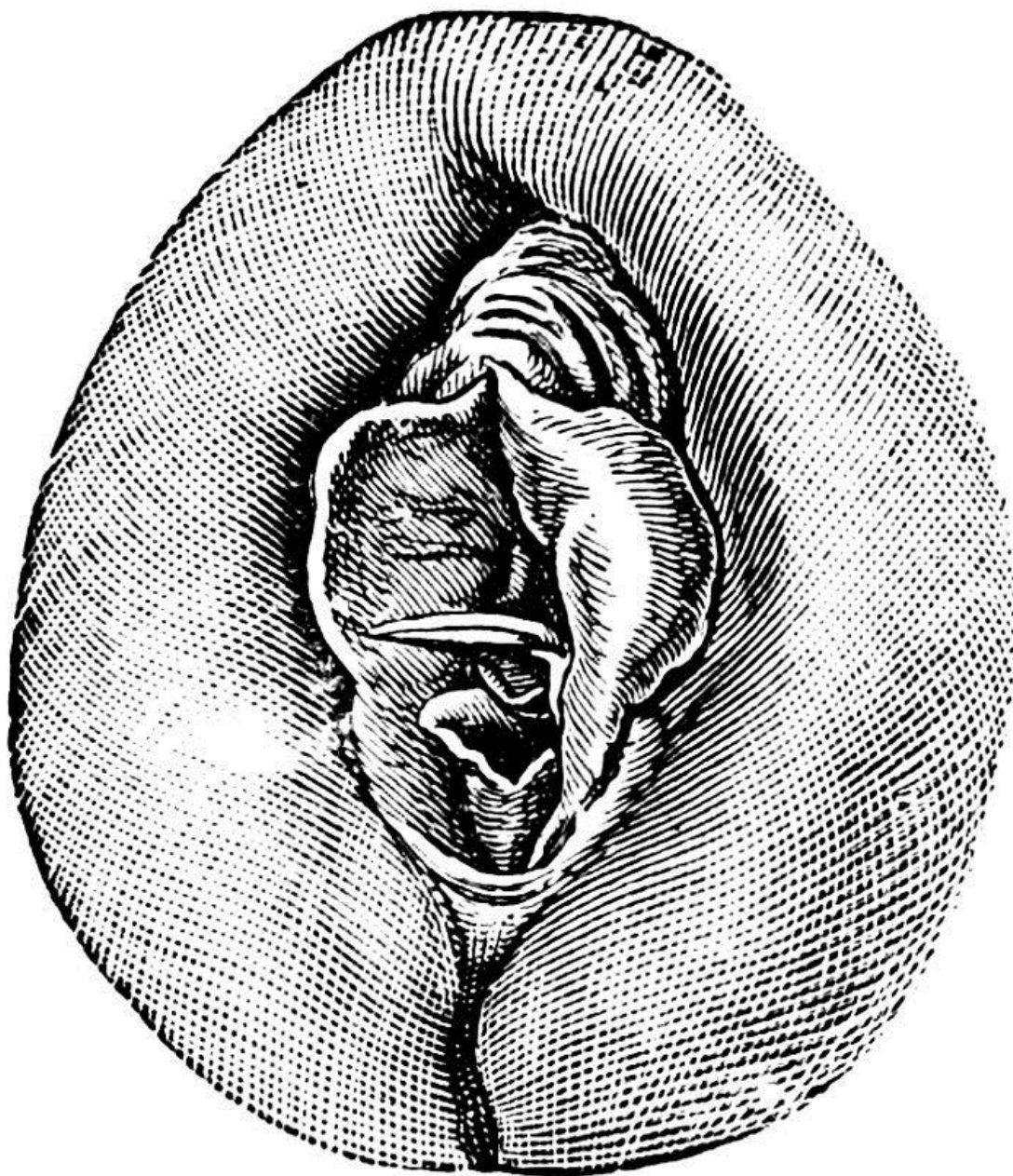


Рис. 33—Девственная плева с выступающей внутрь передней рудиментарной перегородкой.

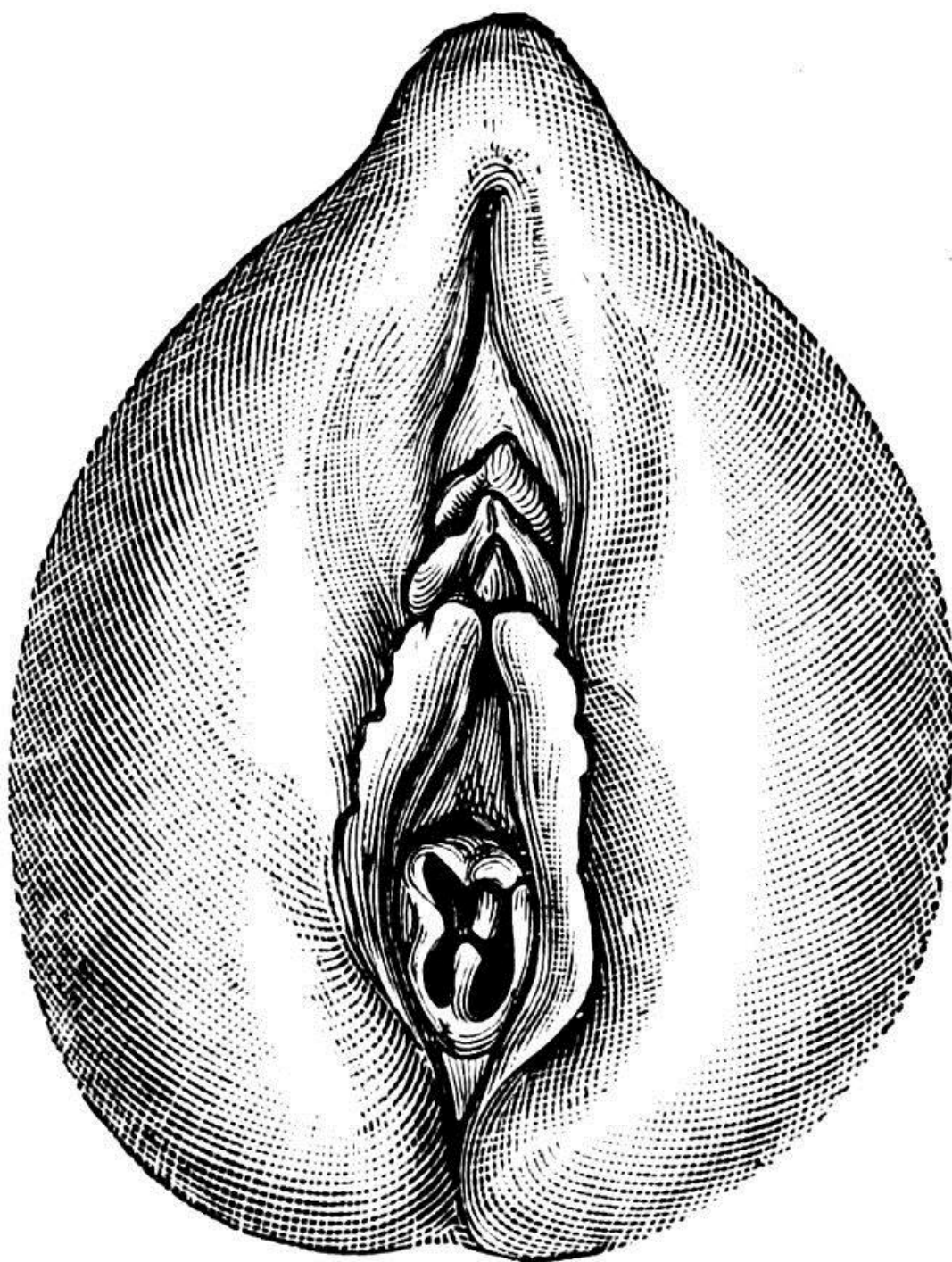


Рис. 34—Девственная плева с передней и задней рудиментарными перегородками.



Рис. 35—Девственная плева с нитевидным отростком, выступающим от переднего края.

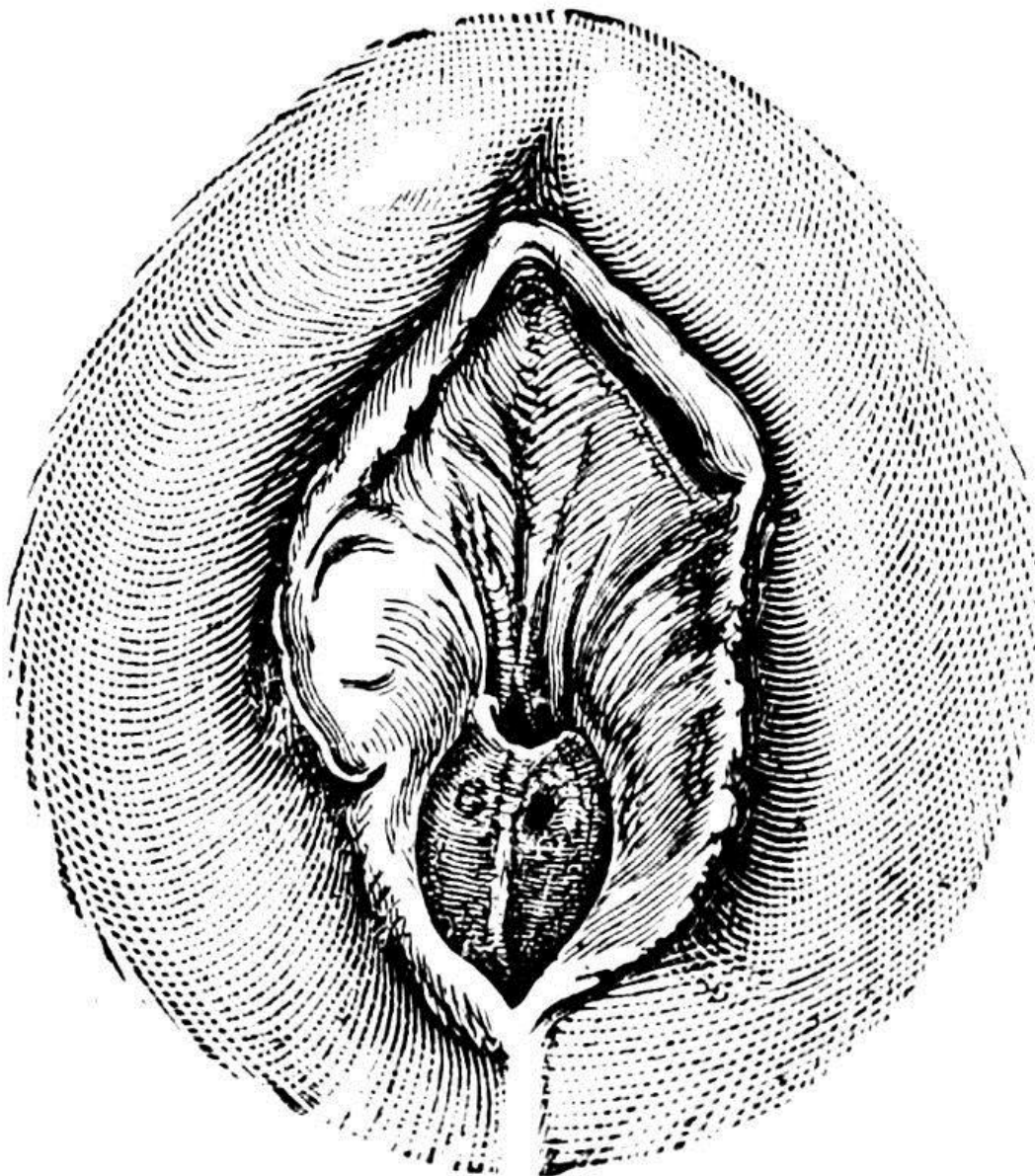


Рис. 36—Девственная плева, в которой имеются два симметрично расположенных истонченных участка. Левая из них перфорирована.

Прилагаемые нами иллюстрации, показывающие различные формы девственной плевы, взяты из "Руководства по медицинской юриспруденции" фон Хоффмана. (Рис. 18-45.)

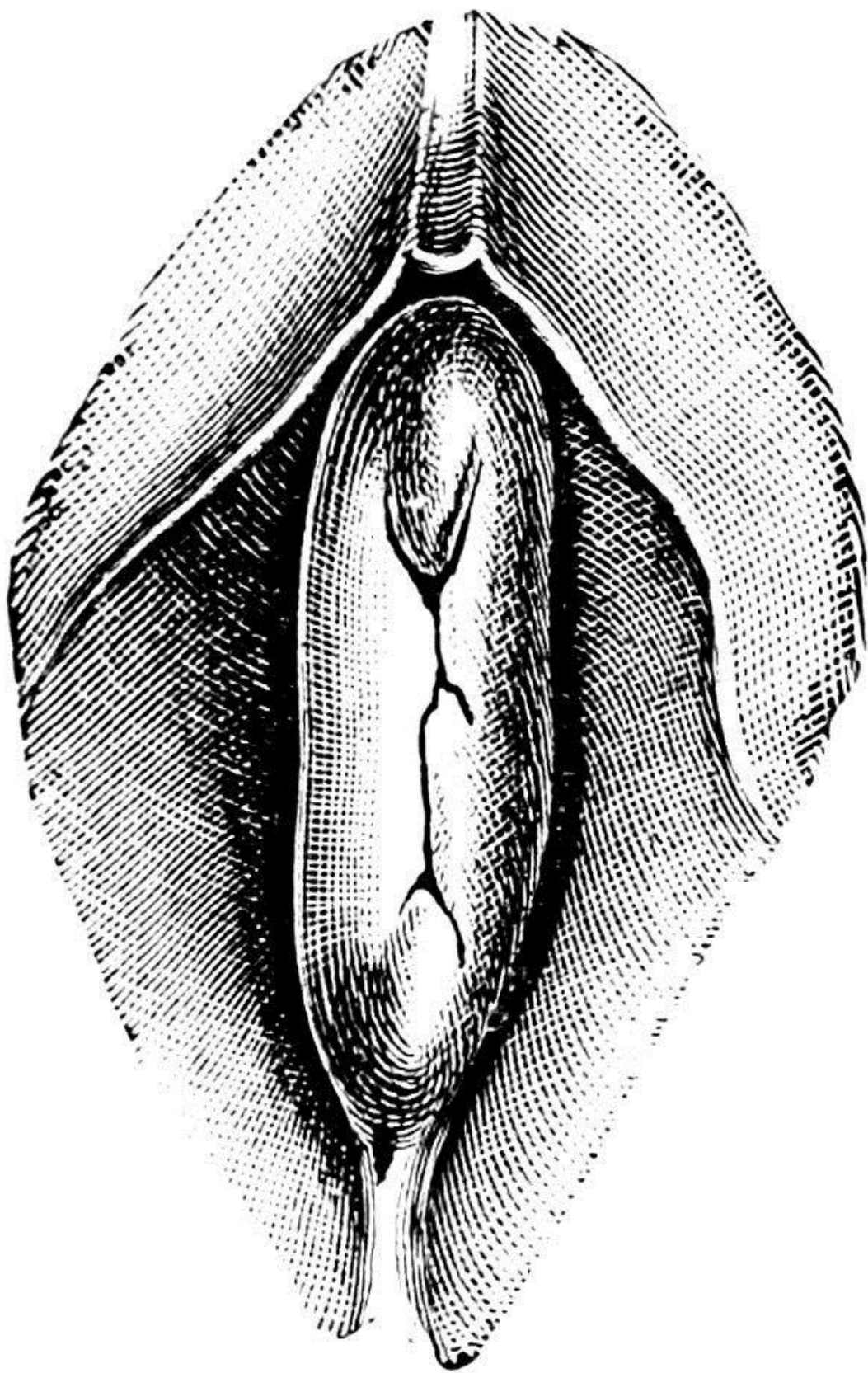


Рис. 37—Очень необычная форма девственной плевы.

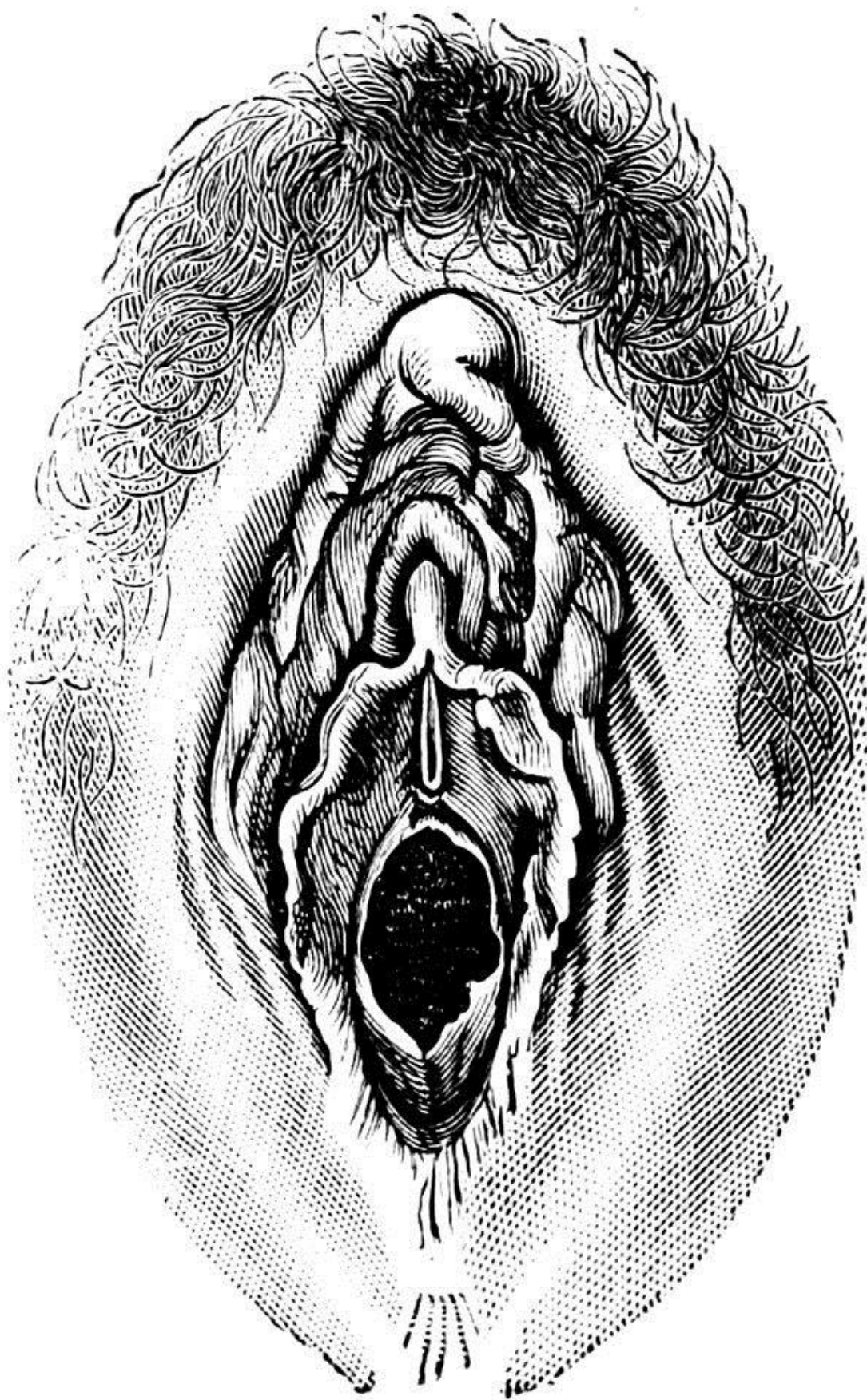


Рис. 38— Полулунная девственная плева с рубцовыми рваными ранами по ее краю.

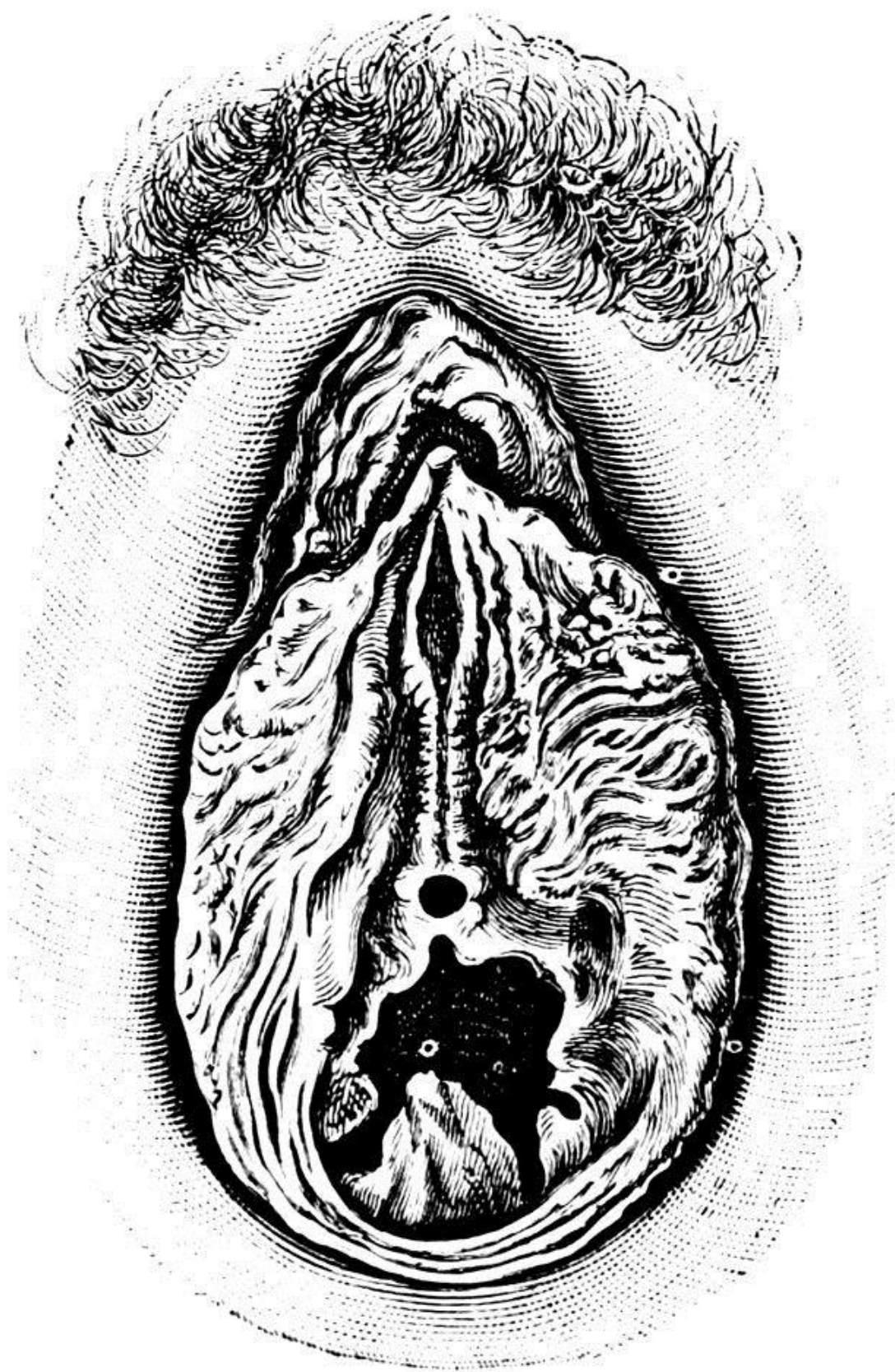


Рис. 39— Дефлорированная полулунная девственная плева с расположенными по бокам симметричными рваными ранами.

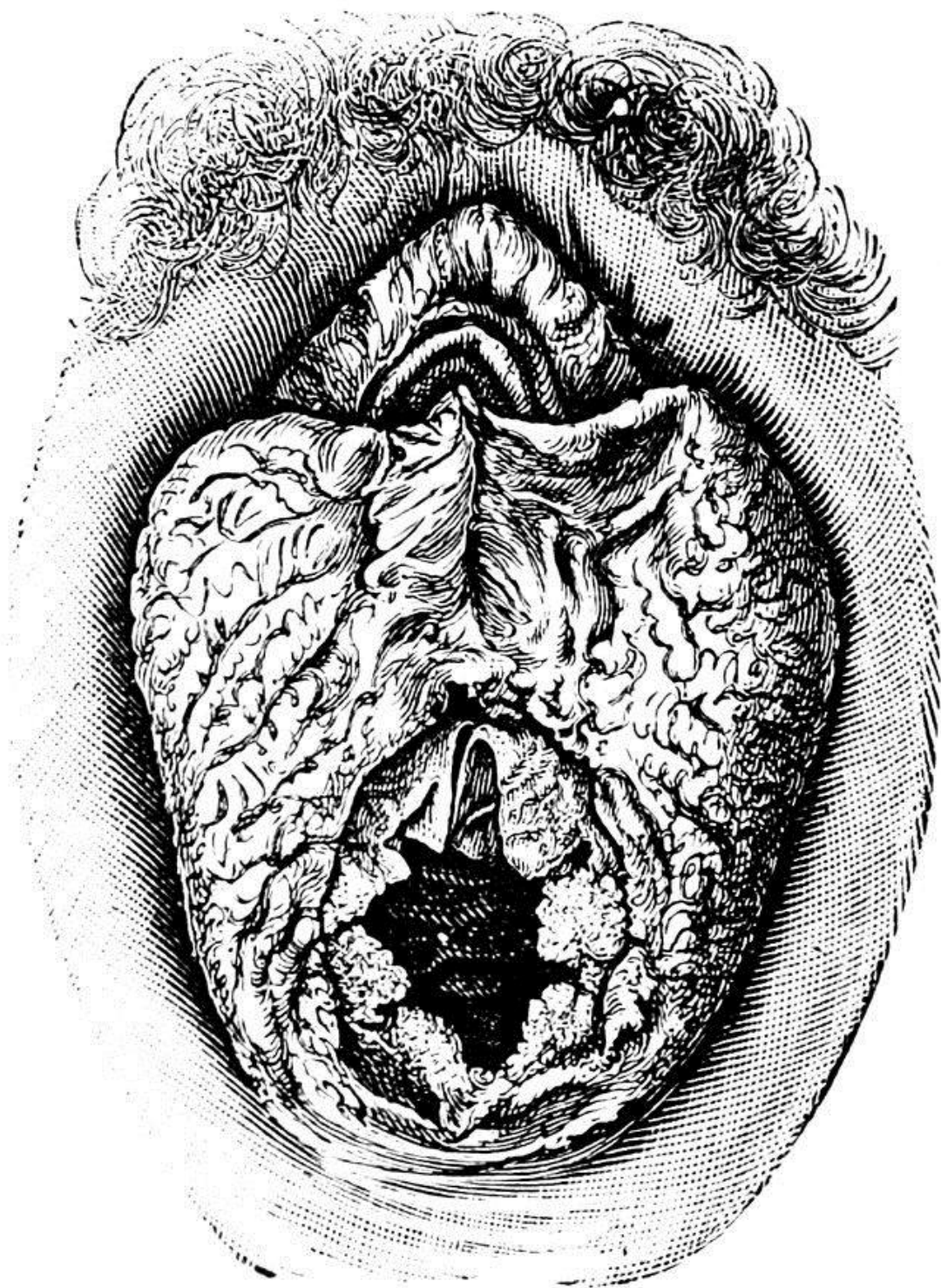


Рис. 40— Дефлорированная кольцевидная девственная плева с несколькими зажившими рваными ранами.

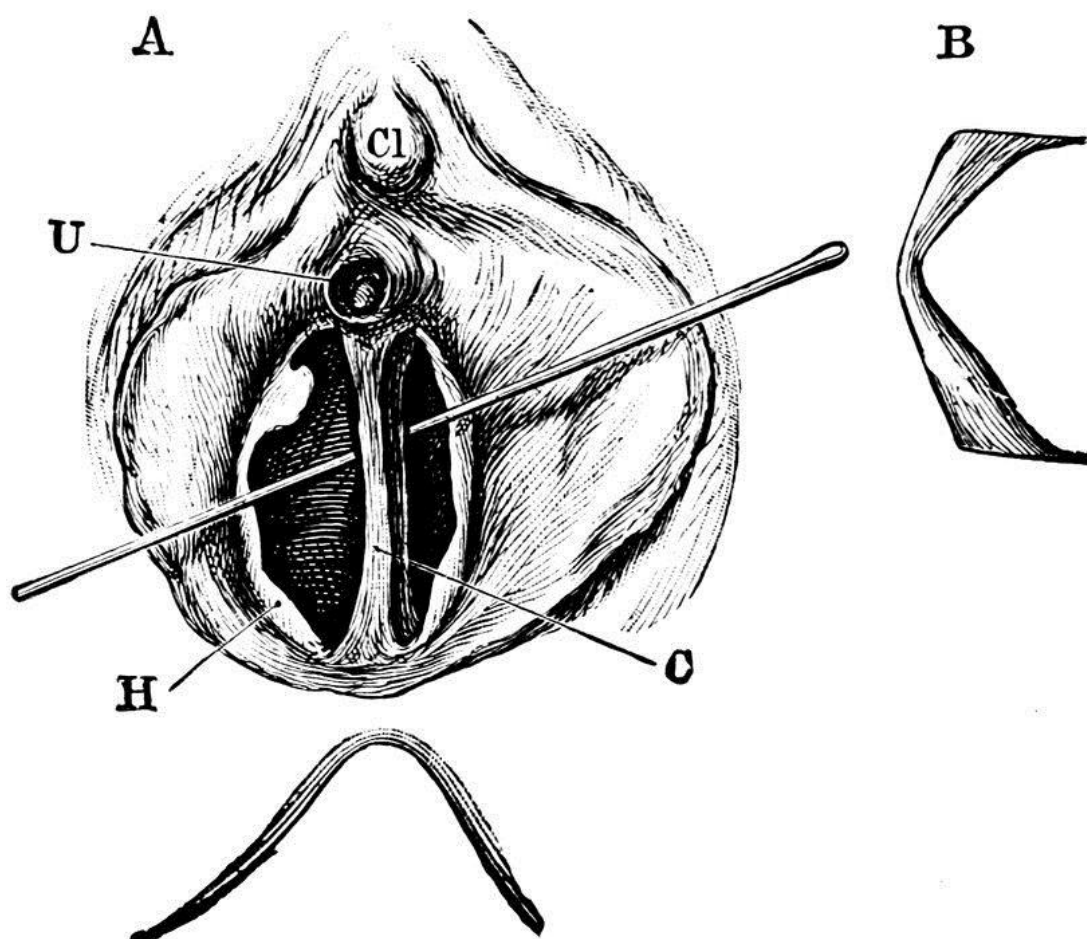


Рис. 41.—А. Перегородчатая девственная плева, в которой дефлорация была произведена через одно из отверстий. U. Мочеиспускательный канал. Cl. Клиттор. H. Рубцовый край. C. Перегородка. В. Вид перегородки сбоку.

В некоторых случаях девственная плева чрезвычайно тонкая и нежная, так что при грубом обращении с ней существует вероятность ее разрыва; в других случаях, наоборот, она может быть очень твердой, толстой и мясистой, пронизанной нитями соединительной ткани и мышц, так что образует настоящую броню для защиты физической девственности.

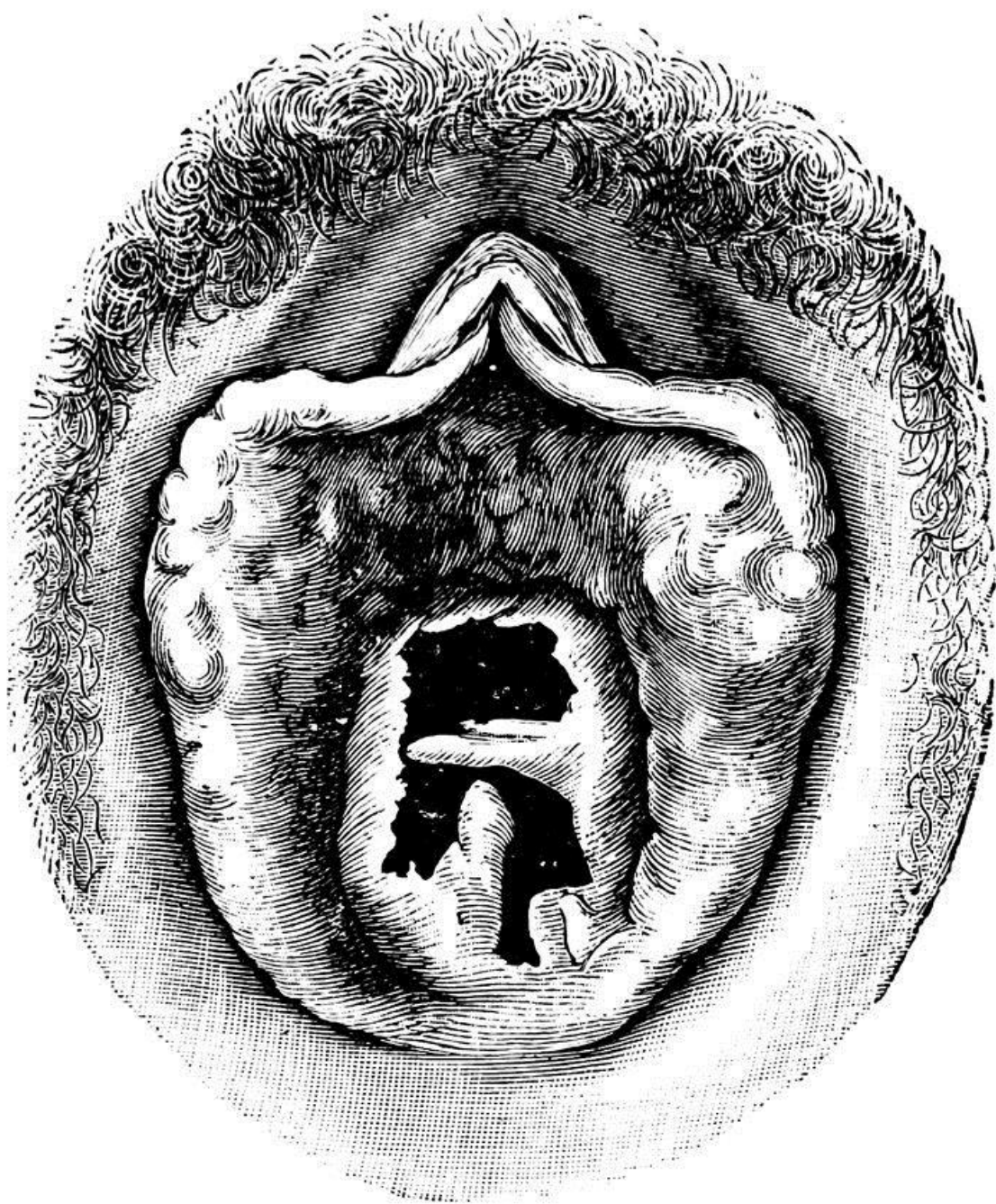


Рис. 42— Дефлорированная перегородчатая девственная плева.

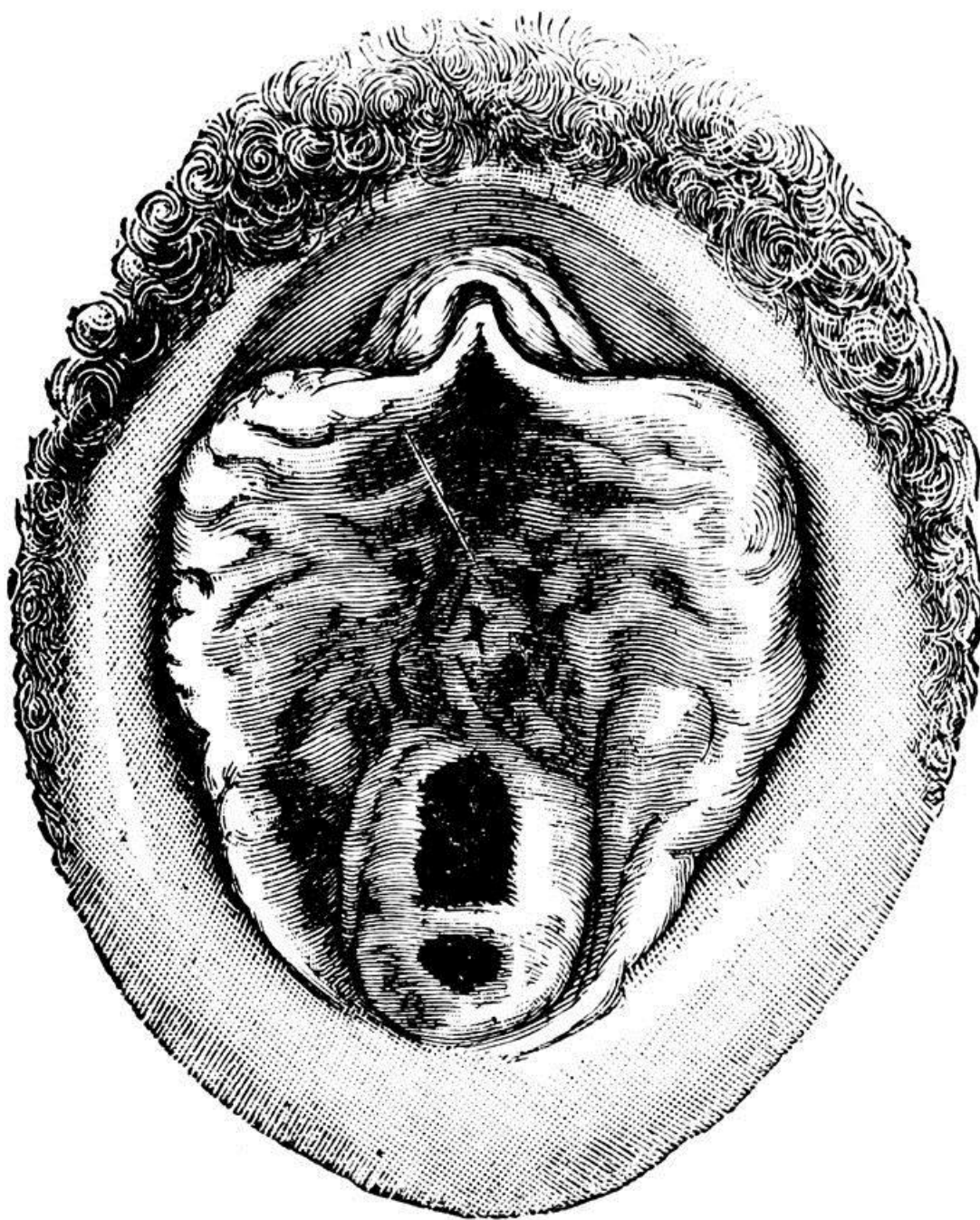


Рис. 43—Девственная плева с большим передним и меньшим задним отверстиями.

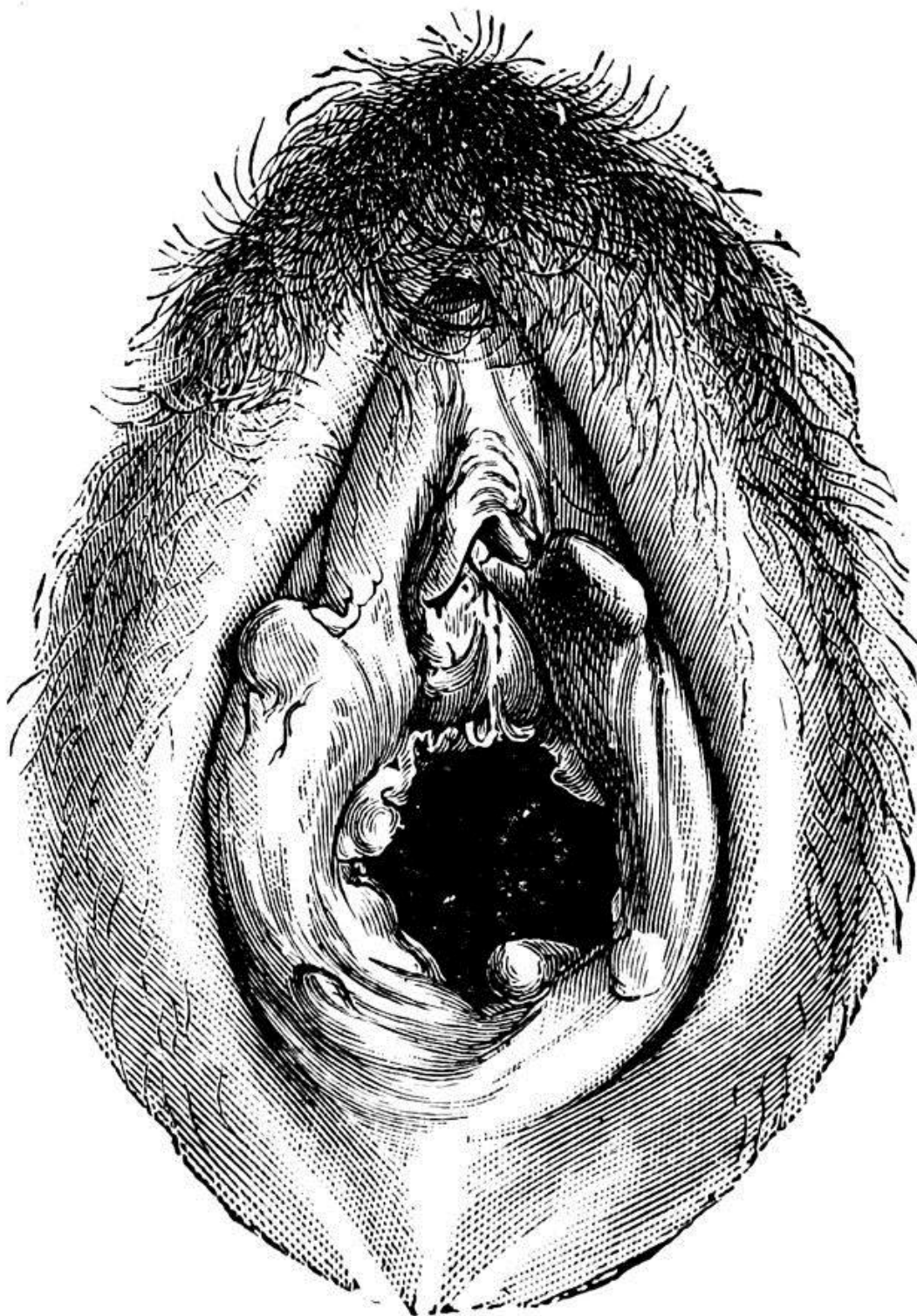


Рис. 44.—Carunculae Myrtiliformes у первородящих.

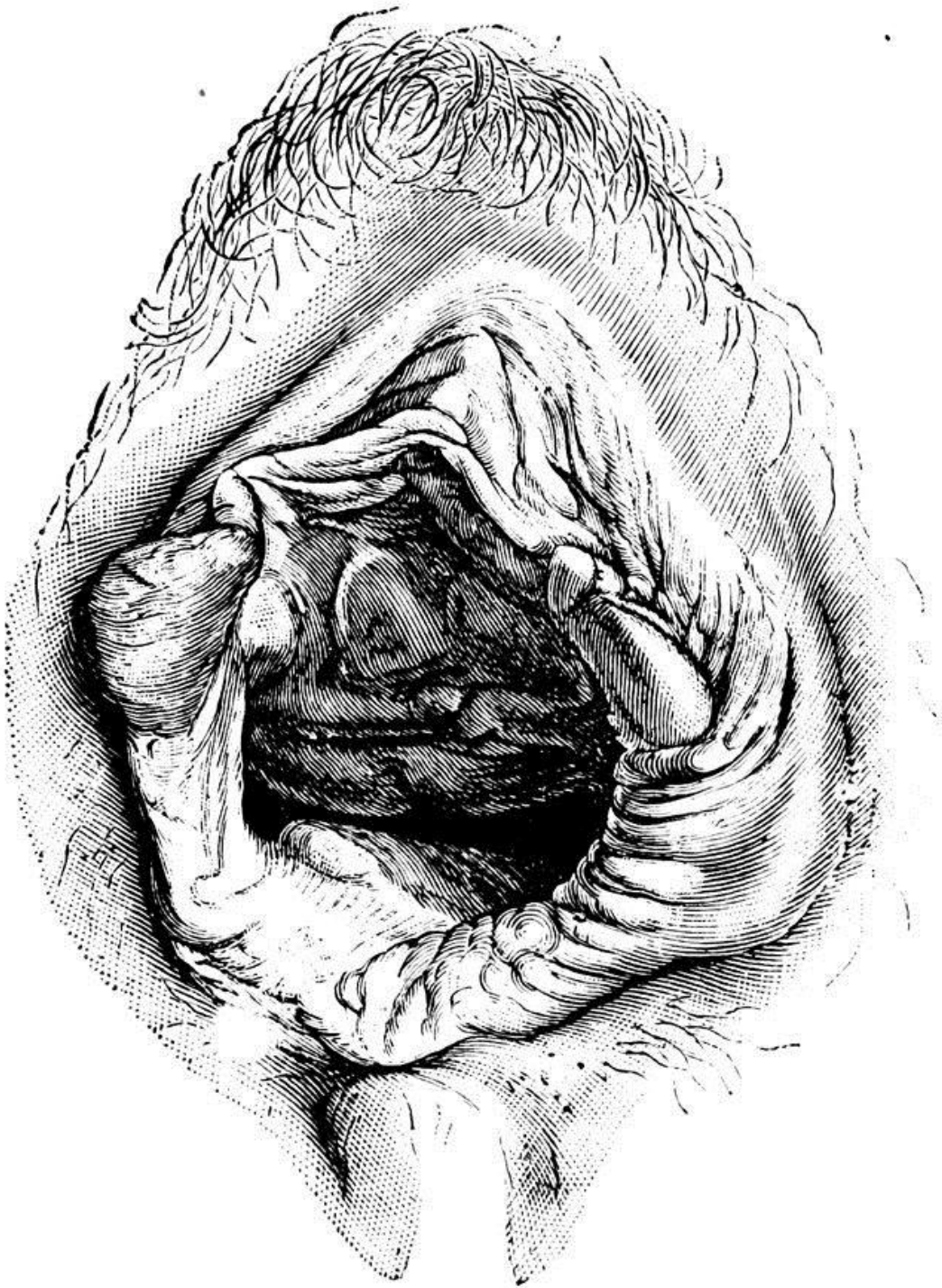


Рис. 45— Входное отверстие влагалища многоножки, без миртиформных карункул. Небольшое опущение передней и задней стенок влагалища.

В качестве признаков девственности у женщины, знание которых требуется не только для целей медицинской юриспруденции, но и по ряду других причин, мы можем перечислить следующие анатомические характеристики половых органов. Большие половые губы эластичны по консистенции и плотно прилегают друг к другу; малые половые губы или нимфа прикрыты большими половыми губами и лишь слабо пигментированы; преддверие и отверстие влагалища узкие, а само влагалище узкое, напряженное и заметно морщинистое; девственная плева нормальная и неповрежденная (это, конечно, самый надежный из всех признаков девственности); груди имеют девственную форму. В противовес утверждению о том, что девственная плева может быть разрушена по другим причинам, помимо

дефлорации, например, при падении, особенно при падении, при котором наружные половые органы соприкасаются с каким-либо твердым телом, или при дифтерийном, варикозном или сифилитическом изъязвлении, *Машка* утверждает, что такие случаи являются одной из величайших редкостей.

С другой стороны, достаточно хорошо известно, что наличие неповрежденной девственной плевы не дает определенной гарантии действительной девственности. Дел хватает отражаются, как в более ранних и более поздних медицинской литературы, в которой даже беременность наступила у женщин, у которых девственная плева осталась цела, объяснение в том, что во время совокупления проникновение пениса не происходит, Семен будучи кончил на влагалище. *Сканцони* и *Цвейфель* зафиксировали случаи, когда неповрежденная девственная плева препятствовала родам. Названный первым автор объясняет эти явления предположением, что девственная плева была настолько прочной, что пенис не мог ее разорвать. *Вейт* отмечает, что как юноши, так и девушки в наши дни непрерывного развития знаний хорошо знакомы с *половым актом без образования полового члена*, и что очень часто женщина, которой сообщают, что она беременна, отвечает, что это невозможно, поскольку ее любовник заверил ее, что беременность не может наступить. С другой стороны, встречаются случаи, когда отверстие в девственной плеве очень большое, настолько большое, что пенис может проникать во влагалище, не повреждая мембрану.

Броудардель сообщает о случае изнасилования, при котором разорванная девственная плева зажила настолько полностью, что эксперт сохранял целостность мембраны, пока другой не указал на тонкий шрам.

В общем, чтобы мы могли быть уверены в существовании девственности, мы должны найти девственную плеву неповрежденной; и, с другой стороны, мы должны рассматривать разрыв мембраны, если не известно, что он является результатом гинекологического осмотра или других манипуляций, как доказательство дефлорации.

В древние времена среди диких рас целостность девственной плевы ценилась как доказательство девственности, и в Библии этому знаку также придается большое значение в связи с дефлорацией, а его отсутствие даже рассматривалось как основание для смертной казни (Втор. xxii, 21). Но среди других рас девственная плева не пользовалась особым уважением как символ девственности.

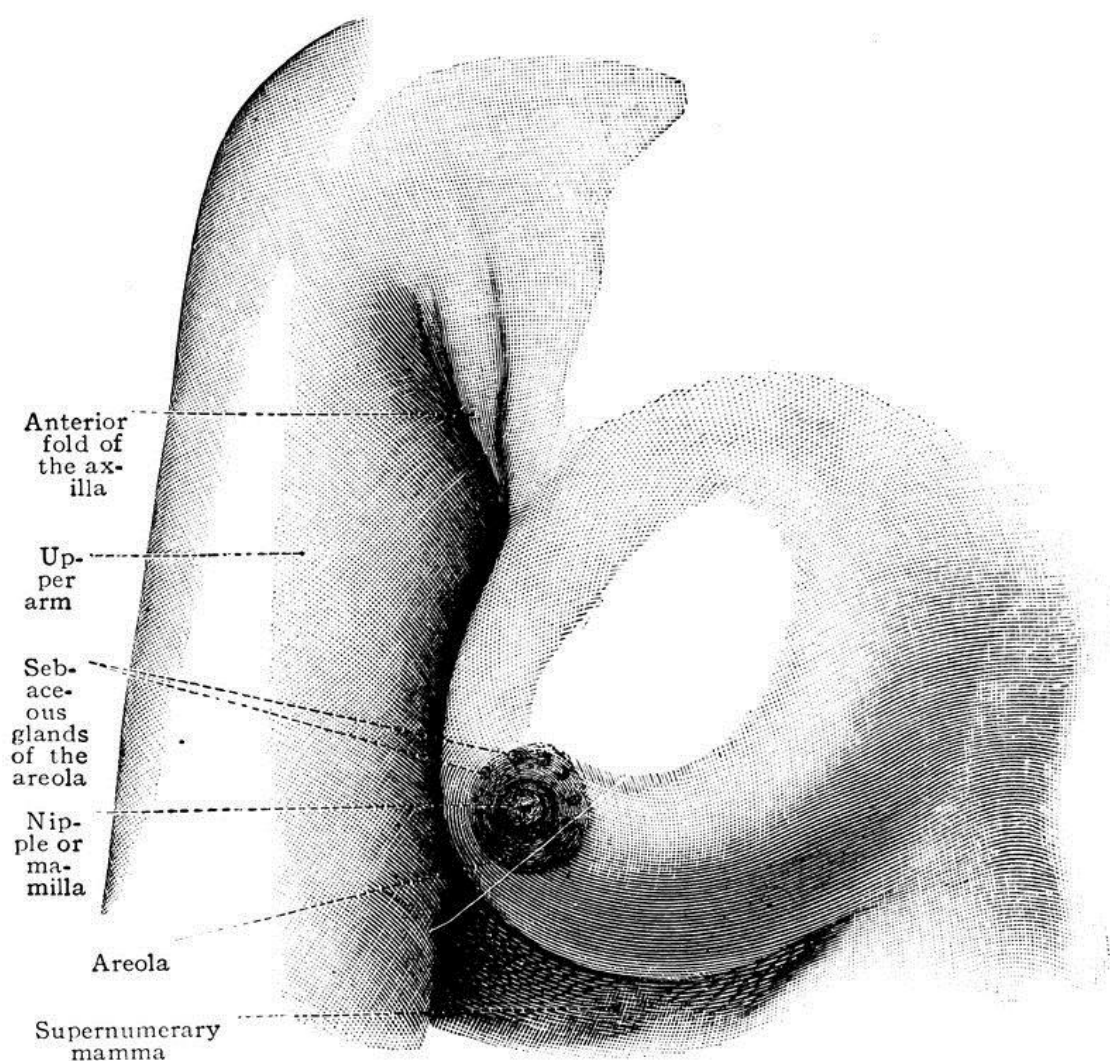


Рис. 46. —Мама, грудь восемнадцатилетней девственницы. (Из Толдта: Атлас анатомии человека.—Компания Ребмана, Нью-Йорк.)

В древние времена и даже в наши дни на Филиппинских островах, островах Ладроне и некоторых других островах Полинезийского архипелага, а также у многих африканских племен право на дефлорацию принадлежало не жениху, а каждому мужчине, принадлежащему к тому же племени; иногда в первую брачную ночь все мужчины племени имели доступ к невесте, причем жених шел последним, но с этого момента бесспорно обладал своей женой. Среди некоторых других племен преобладает аналогичный обычай, отличающийся, однако, в том отношении, что обряд дефлорации совершается священником или одним из вождей племени. В средневековой Европе, опять же, крупные землевладельцы пользовались хорошо известным *первичным правом* или *правом сеньора*.

У девочек во время менархе, которые долгое время практиковали мастурбацию, будут обнаружены некоторые из следующих признаков привычки: удлинение, покраснение и общее увеличение клитора; удлинение и утолщение сосков, которые также имеют жесткую консистенцию и сильно пигментированы; вялость больших половых губ; покраснение отверстия влагалища; вялость девственной плевы, на которой также могут быть рваные раны, вызванные насильственным введением пальца или какого-либо твердого инородного тела.

Только во время менархе груди приобретают полусферическую форму, которая составляет одно из достоинств молодой женщины, и в то же время эти органы приобретают твердую, эластичную консистенцию; их размер, конечно, различается у разных людей. Сосок теперь

имеет розово-красный цвет, у брюнеток он темнее, чем у блондинок; обычно он маленький, иногда совсем незаметный, уходящий в кожную борозду. Две груди, если смотреть спереди, отклоняются от продольной оси тела. В некоторых случаях даже в детском возрасте, до наступления менархе, грудь сильно развита и бывает размером с яблоко или больше. Это зависит от климата, расы и сексуального возбуждения; что касается последнего из них, ранняя сексуальная стимуляция способствует преждевременному развитию молочной железы.

Хотя появление каких-либо выделений в молочной железе до наступления беременности является необычным явлением, безусловно, наблюдались случаи, когда груди девственниц выделяли жидкость, похожую на молоко, особенно вследствие сексуального возбуждения или во время менструации. Так, *Машка* наблюдала у девочки, состояние половых органов которой свидетельствовало о том, что она *дева в целости*, что при надавливании на грудь из соска вытекло несколько капель опалесцирующей жидкости, имеющей вид молока. Она признала, что между ней и любовником, который имел привычку трогать ее грудь, долгое время существовали любовные отношения, и что это всегда вызывало сильное сексуальное возбуждение. *Хофманн* также сообщил, что у двух девственниц, умерших во время менструации, он смог сцедить каплю молока из груди.

Наиболее важным признаком общих изменений, происходящих во внешних и внутренних половых органах, доказательством того, что молодая женщина стала пригодной для выполнения своего репродуктивного призвания, является появление менструации - кровянистых выделений из половых органов, повторяющихся каждые четыре недели как внешнее проявление внутреннего процесса овуляции.

Анатомические изменения, которые, как уже было описано, происходят в половых органах во время менархе, помогут пролить свет на многочисленные рефлекторные процессы, проявляющиеся в этот период жизни во многих сферах жизнедеятельности.

Это особенно обширные процессы развития в яичнике, влияющие на нервы этого органа, которые вызывают центростремительные стимулы и вызывают рефлекторные проявления. В работе системы кровообращения такие влияния очевидны; и во время менархе, уже за некоторое время до начала первой менструации, происходят колебания кровяного давления, и они во время менструации принимают форму типичной волнообразной кривой.

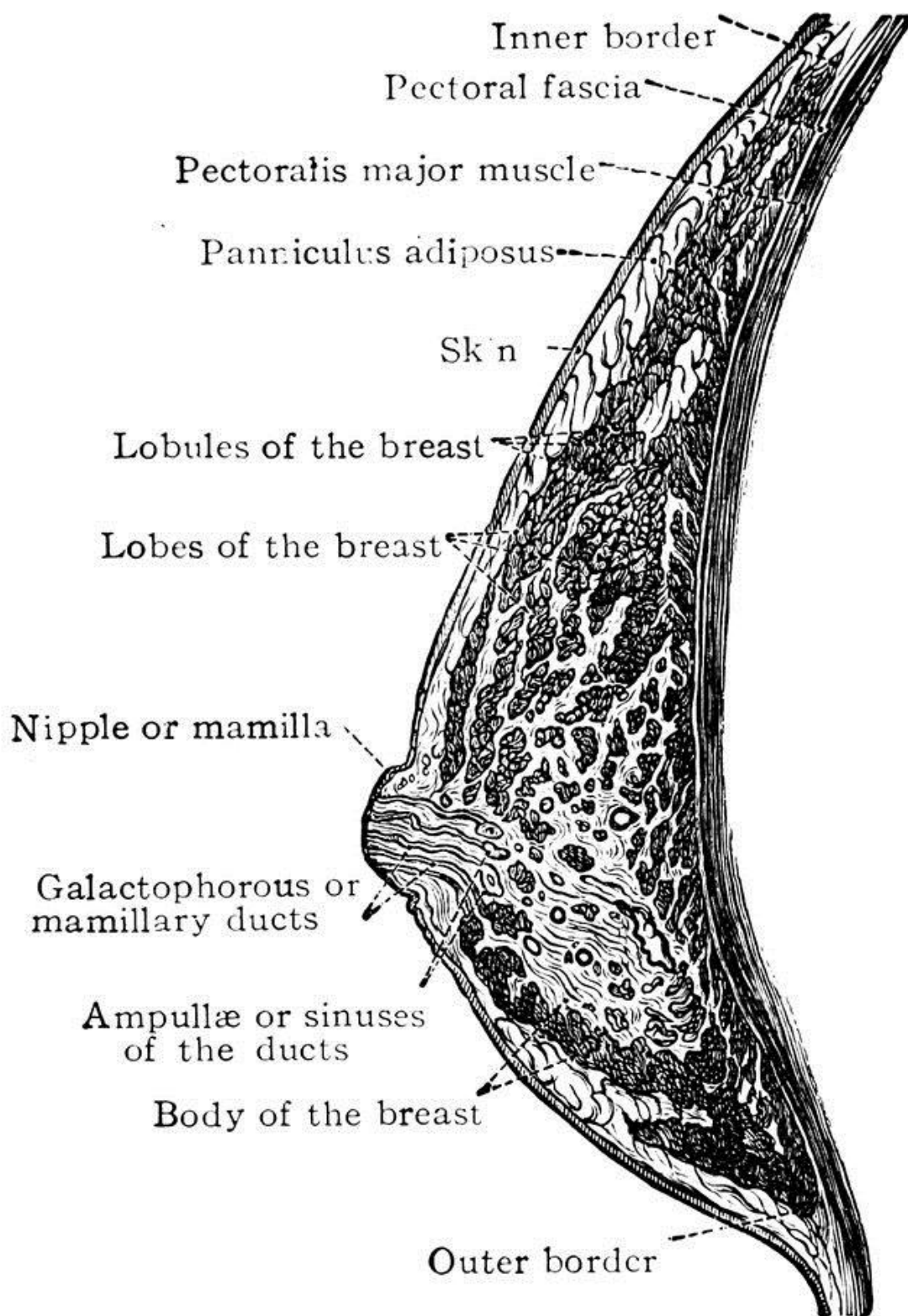


Рис. 47. — Горизонтальный разрез женской груди. (Из Толдта: Атлас анатомии человека.— Компания Ребмана, Нью-Йорк.)

Таким образом, становится понятным, что даже у здоровых девочек первое появление катамении, а также ожидание родов вызывают определенную модификацию во всей природе и предрасположенности. Девочки часто теряют свой прежний жизнерадостный характер, становятся тихими, погруженными в себя, иногда даже меланхоличными; они не склонны к учебе, испытывают отвращение ко всякой продолжительной физической или умственной деятельности, становятся раздражительными и вспыльчивыми по малейшему

поводу, беспокойны по ночам, считают себя больными и так далее. Во время первой менструации девочки обычно выглядят бледными и встревоженными, у них появляются синие морщинки под глазами, лицо имеет усталый вид, движениям не хватает энергии, и может быть замечен общий упадок тонуса в сочетании с ненормальной раздражительностью. За несколько дней до первой менструации вульва, большие и малые половые губы и слизистая оболочка влагалища набухают, клитор становится заметным вследствие процессов эрекции, в половых путях появляется небольшое выделение, а груди становятся чувствительными и слегка набухшими. В моче образуется густой осадок, и иногда наблюдается сильная странность. Во многих случаях также возникают нарушения пищеварения, потеря аппетита, запоры или склонность к диарее.

Первая менструация обычно длится четыре-пять дней. В первый день выделения представляют собой слизь с примесью крови, затем становятся кровянистыми. В некоторых случаях кровотечение при первой менструации бывает обильным и продолжительным.

Не всегда после первой менструации последующие выделения следуют с регулярными интервалами в четыре недели. У хрупких, анемичных девочек вторая менструация может наступить только по прошествии нескольких месяцев после первой; реже вторая менструация наступает через две недели после первой или даже раньше.

Во время менархе сексуальное влечение, которое до сих пор дремало, становится сильно развитым. Это вызывается в этот период жизни анатомо-физиологическими изменениями, претерпеваемыми репродуктивными железами; раздражитель, вызванный этими процессами в яичниках, передается в мозг и пробуждает страсть. В то же время наблюдение за ростом волосяного покрова на половых органах, развитием груди и появлением менструации, как правило, вызывает эротические предчувствия. Чтение романов, беседы с подругами и наблюдение за поведением взрослых людей преобразуют эти предчувствия в ясные идеи и возбуждают импульс к возникновению страстных сексуальных ощущений, сексуальный импульс. Насколько эти стимулы, исходящие от репродуктивного аппарата, поощряются и акцентируются, с одной стороны, или подавляются и ослабляются, с другой, зависит от внешних впечатлений различного рода. Окружающая среда является определяющим фактором для дальнейшей трансформации пока еще недифференцированного сексуального влечения в полностью развитые копулятивные и репродуктивные импульсы.

В своей работе по *физиологии любви*, Мантегацца описывает стремление и стресс пробуждающейся сексуальной жизни, возникающие из предчувствий, смутных ощущений и импульсов, которые ощущаются в самый ранний период фазы развития, известной как половое созревание.

В целом, у молодой девушки во время менархе сексуальный импульс проявляется скорее в форме полубессознательной мечтательности, платонической любви. Девочка-подросток упражняет свое воображение в описании обстоятельств своей целомудренной любви, ее разум обращается к этому предмету, когда в одиночестве ее настроение склонно к меланхолии, и именно чтение двусмысленных романов или образовательная помощь сексуально опытных подруг превращает сексуальное влечение в яркое пламя.

Некоторые авторы полагают, что признаком пробуждения сексуального влечения, направленного на какого-то конкретного мужчину, является изменение цвета лица девушки, когда она видит этого человека или слышит, как о нем говорят. Учащается сердцебиение, пульс учащается, дыхание также, голос прерывается. Утверждается, что таким образом Гален открыл любовь римлянки Юсты к танцору Пилладу.

Психологическая реакция сексуального импульса во время полового созревания проявляется, как *указывает* фон Крафт-Эбинг, разнообразными способами, общими для всех из которых, однако, являются эмоциональное состояние ума и потребность в том, чтобы испытываемые сейчас странные и новые чувства нашли какой-то объективный центр интереса. Такие объективные и эмоциональные интересы всегда под рукой в религии и поэзии, которые после завершения периода сексуального развития и объяснения первоначально непонятных желаний и импульсов продолжают поддерживать интимные отношения с миром сексуального опыта. Любому, кто сомневается в этом, следует напомнить о частоте, с которой религиозный фанатизм проявляется во время полового созревания. Не меньшее влияние на пробуждение эстетических чувств оказывает сексуальный фактор. Этот мир идеала открывается в то время, когда начинается развитие сексуальных процессов. * * Любовь ранней юности, продолжает фон Крафт-Эбинг, имеет романтическую, идеализирующую тенденцию. В своих первых проявлениях она платоническая и охотно упражняется в поэзии и истории. Но по мере пробуждения чувствительности возникает опасность того, что эта страсть с ее идеализирующей силой будет передана лицам противоположного пола, которые в интеллектуальных, физических и социальных отношениях отнюдь не соответствуют тому, что можно было бы пожелать. Отсюда происходят мезальянсы, побег и обольщения со всей трагедией страстной любви, которая вступает в конфликт с требованиями морали и условностей и иногда находит свой горький конец в самоубийстве или двойном саморазрушении. Любовь, в которой чувства играют слишком заметную роль, никогда не может быть настоящей и длительной. По этой причине первая любовь, как правило, очень скоротечна, поскольку в большинстве случаев это не более чем первая вспышка страсти. * * * Платоническая любовь - это вещь, которой не существует, самообман, ложное описание сексуальных ощущений.

Бибель отмечает, что число самоубийств среди женщин в возрасте от шестнадцати до двадцати одного года исключительно велико, и он связывает это главным образом с неудовлетворенным половым влечением, несчастной любовью, тайной беременностью и предательством со стороны мужчин.

Наступление менархе с опозданием.

(Преждевременная и замедленная менструальная активность.)

Под термином *преждевременный менархе* мы понимаем патологическое состояние, при котором типичные четырехнедельные кровянистые выделения из женских половых органов начинаются в аномально раннем возрасте и должны рассматриваться как симптом преждевременного полового развития. Очень часто такие дети с преждевременными менструациями и преждевременным половым развитием демонстрируют сравнительно высокую массу тела, большое количество жира, раннее прорезывание зубов; они выглядят старше своих лет; и у них половые органы, которые также развиваются очень рано, с волосами на лобке и в подмышечных впадинах; большие половые губы и грудь напоминают таковые у взрослых женщин, а таз также имеет взрослую форму. Обычно сексуальное влечение развивается рано, в то время как в других отношениях интеллектуальное развитие отстает от физического. Скорее всего, это первичная гиперплазия яичников, которая приводит к преждевременной менструации, когда фолликулы яичников созревают раньше обычного. Часто с таким ранним половым развитием связаны другие патологические процессы, такие как общий липоматоз, рахит и новообразования яичников. В нескольких случаях подобного рода также наблюдалось раннее зачатие. Согласно восточной традиции,

Хадиджа вышла замуж в возрасте пяти лет за пророка Мухаммеда, который сожительствовал с ней три года спустя.

Даже если исключить те случаи, когда в раннем младенчестве наблюдаются кровянистые выделения из влагалища, которые, однако, остаются единичным явлением, или если они повторяются всего несколько раз и с совершенно неравными интервалами (случаи, в которых кровотечение не может рассматриваться как менструальное — такие, например, о которых сообщил Эросс о шести новорожденных девочках, у которых кровянистые выделения из влагалища появились через три-четыре дня после рождения и продолжались от двух до пяти дней, младенцы впоследствии не оставались под наблюдением), — многочисленные достоверно подтвержденные случаи все же имеются. Дети, у которых менструальные кровотечения наблюдались до конца первого года жизни. *Бернардом* зарегистрирован даже один случай, в котором с момента рождения до двенадцатого года менструации при молимии происходили каждый месяц и длились два дня; с двенадцатого по четырнадцатый год менструации прекратились, повторяясь впоследствии с нерегулярными интервалами.

В зарегистрированных случаях такой преждевременной менструации менструации, как правило, повторялись с регулярными интервалами в четыре недели; только в совершенно исключительных случаях интервалы составляли от трех до пяти месяцев.

Прилагаются некоторые из наиболее ярких и достоверно подтвержденных случаев преждевременной менструации, зарегистрированных в недавней литературе по данной теме.

Наблюдалась у *Comby*: Девочка в возрасте 6 лет и 2 месяцев имела вид девочки 14 или 15 лет; она была брюнеткой, ростом 3 футов 10½ дюйма, с полной, упругой, округлой грудью, обхват груди 28½", Венерические вены покрыты волосами, матка в норме при ректальном исследовании, девственная плева неповреждена; менструации происходили регулярно со второго года жизни. У матери и пяти сестер начались месячные в возрасте от двенадцати до четырнадцати лет. Общее состояние хорошее.

Случай, зарегистрированный *Диамантом*: Девочка в возрасте 6 лет, вес 75 фунтов, бедра, ягодицы и грудь развиты как у половозрелой женщины, подмышечные впадины и венерическая гора покрыты волосами. Менструации начались в возрасте 2 лет и регулярно повторялись, продолжаясь 4 дня.

Случай, зарегистрированный *Плайеттом*: У девочки с преждевременным физическим развитием начались менструации на четвертом году жизни; менструации продолжались регулярно, за исключением двух месячных, когда возникало опосредованное носовое кровотечение.

Из собранных *Геххардом* записей о пятидесяти четырех случаях преждевременной менструации с указанием первого появления и типа менструации, развития молочных желез, других признаков преждевременного полового развития и любых осложнений, которые могли наблюдаться, мы извлекаем возраст, в котором произошла первая менструация. Это было:

У новорожденного	младенца в	1 случае.
В возрасте	2 недель в	1 случае.
В возрасте	2 месяцев в	1 случае.

В возрасте	3 месяцев в	1 случае.
В возрасте	4 месяцев в	1 случае.
В возрасте	5 месяцев в	1 случае.
В возрасте	7 месяцев в	1 случае.
В возрасте	9 месяцев в	4 случая.
В возрасте	10 месяцев в	2 случая.
В возрасте	12 месяцев в	5 случая.
В возрасте	15 месяцев в	1 случае.
В возрасте	16 месяцев в	1 случае.
В возрасте	18 месяцев в	2 случая.
В возрасте	19 месяцев в	1 случае.
В возрасте	22 месяцев в	1 случае.
В возрасте	2 лет в	4 случая.
В возрасте	2½ лет в	1 случае.
В возрасте	2 лет и 9 месяцев в	1 случае.
В возрасте	3 лет в	6 случая.
В возрасте	3½ лет в	1 случае.
В возрасте	4 лет в	4 случая.
В возрасте	4 лет и 3 месяцев в	1 случае.
В возрасте	5 лет в	1 случае.
В возрасте	5½ лет в	1 случае.
В возрасте	6 лет в	1 случае.
В возрасте	6½ лет в	1 случае.
В возрасте	7 лет в	3 случая.
В возрасте	9 лет в	2 случая.
В возрасте	11½ лет в	1 случае.

Из этого сборника работ Гебхарда мы узнаем, что в одном случае менструация уже существовала при рождении и что в большом количестве случаев она наступила до истечения первого года жизни. Во многих случаях развитие молочных желез предшествовало появлению менструации и было замечено с момента рождения. Вульва также рано проявляла характеристики, характерные для половозрелой женщины. Кроме того, в этих случаях обычно наблюдались высокая масса тела, большое скопление жира и раннее прорезывание зубов, в которых, однако, интеллектуальное развитие не соответствовало развитию тела.

Более того, в некоторых из этих случаев преждевременного полового созревания половой акт и даже роды происходили в очень раннем возрасте. Девочка, у которой менструации начались в возрасте одного года, родила ребенка, когда ей было десять лет (*Монтгомери*). Девочка, у которой начались менструации в возрасте девяти лет, очень скоро после этого забеременела (*d'Outreport*). Хорошо известный случай, зафиксированный *Халлером*, когда при рождении на лобке уже росли волосы и менструации начались в возрасте двух лет, также был случаем очень ранней беременности: девочка родила ребенка в возрасте девяти лет. У другой девочки, у которой при рождении лобок уже был покрыт волосами,

менструации начались в четыре года, с восьми лет она регулярно совокуплялась, а в девять лет забеременела и родила везикулярную родинку с эмбрионом (*Молитор*). У девочки начались менструации в возрасте двух лет, выросли волосы на лобке и развились молочные железы в возрасте трех лет, и она забеременела в возрасте восьми лет (*Карус*). К этим случаям следует отнести тот, который наблюдал *Мартин* в Америке у женщины, которая была бабушкой в возрасте двадцати шести лет. *Лантьев* своих "Путешествиях по Греции" рассказывает о двадцатипятилетней матери и тринадцатилетней дочери.

Наблюдения, сделанные *Куссмаулем* и *Хофмайером*, доказывают, что во многих случаях изменения в яичниках являются вероятной причиной преждевременных менструаций и других явлений преждевременного полового созревания. Например, в одном случае *болезни Хофмайера* у пятилетней девочки с преждевременной менструацией за удалением быстро растущей опухоли яичников последовало прекращение менструаций, а волосы на лобке, которые были сбриты, больше не росли.

Аномально раннее половое созревание, связанное с ранней практикой половых сношений, наблюдается у многих проституток. Об этом свидетельствуют следующие цифры, касающиеся 150 проституток в России. Начало полового акта:

- В 1 проститутке в возрасте 9 лет.
- В 1 проститутке в возрасте 10 лет.
- У 4 проституток в возрасте 12 лет.
- У 12 проституток в возрасте 13 лет.
- У 14 проституток в возрасте 14 лет.
- У 33 проституток в возрасте 15 лет.
- У 36 проституток в возрасте 16 лет.

Таким образом, среди 150 проституток 65 были моложе 16 лет.

Среди 3517 проституток, находящихся под официальным наблюдением, обнаружен родитель-Дюшателе, 5,6%. моложе 17 лет. Там были:

- 2 проститутки моложе 10 лет.
- 3 проститутки моложе 11 лет.
- 3 проститутки моложе 12 лет.
- 6 проституток моложе 13 лет.
- 20 проституток моложе 14 лет.
- 51 проститутка моложе 15 лет.
- 111 проституток моложе 16 лет.

Наблюдения *Мартин* также показали, что почти у всех проституток первый коитус произошел в очень ранней юности. Из 607 проституток было 489, у которых произошла дефлорация в возрасте от 5 до 20 лет. Согласно *Гриммальди* и *Гуррьери* дефлорация обычно происходит у проституток до достижения ими 10-летнего возраста.

Иногда мы обнаруживаем повышенную сексуальность в раннем возрасте как патологическое проявление — сексуальную психопатию. Так, *Esquirol* описывает случай с маленькой девочкой в возрасте четырех лет, которая совершала неправильные манипуляции в общении с маленькими мальчиками. *Ломброзо* пишет, что заключенная женщина в

возрасте шести лет практиковала взаимную мастурбацию со своим семилетним братом, а в возрасте восьми лет подверглась дефлорации; другая убийца, будучи еще школьницей, вела себя как опытная проститутка. *Лоран* сообщает о случае с девочкой, которая с десяти лет занималась сексуальными злоупотреблениями со своими братьями и сестрами и, наконец, подверглась дефлорации в возрасте пятнадцати лет.

Во многих случаях преждевременное половое развитие проявляется увеличением груди и ростом волос в подмышечных впадинах и на лобке, и все же менструации не появляются. Так, *Куссмауль* наблюдал за девочками, которые, будучи еще детьми, проявляли все внешние признаки половозрелых женщин, но у которых еще не начались менструации. Компания "*Плосс*" опубликовала фотографию, на которой у пятилетней девочки венерические вены и большие половые губы развиты, как у взрослой молодой женщины, и покрыты длинными густыми волосами; однако в этом случае менструация не только еще не началась, но и груди все еще находились в младенческом состоянии.

Состояние, противоположное наступлению менархе, - это состояние, при котором первое проявление менструации неоправданно задерживается; это может быть даже после двадцати лет. Такая задержка менархе иногда случается у девочек, у которых в этот период жизни наблюдается необычайно сильное общее жировое разрастание тела или особенно сильное хлоротичное состояние крови, или у которых в годы развития произошли внезапные и обширные изменения в образе жизни, как, например, когда место жительства девочки переехало из деревни в город, или когда ей пришлось заняться каким-то совершенно новым видом физической или умственной работы. *Рачиборски* объясняет позднее появление менструации в возрасте 20, 22, 24 или 26 лет у здоровых девушек "сексуальной апатией", фраза, которая не передает особого смысла.

Согласно *Марку д'Эспину*, половое созревание наступает рано у девочек с темными волосами, серыми глазами, нежной белой кожей и мощным телосложением; поздно, с другой стороны, у девочек с каштановыми волосами, зеленоватыми глазами, грубой темно-пигментированной кожей и хрупким телосложением.

Половые органы девочек, у которых задерживается первое появление менструации, часто демонстрируют отчетливые признаки отставания репродуктивных органов в своем развитии. Наружные половые органы в таких случаях практически не покрыты волосами, они дряблые и расслабленные; тело и дно матки короче и стройнее, чем обычно, матка в целом маленькая и вялая, иногда сгибается вперед; влагалищная часть шейки матки маленькая, часто почти неразвита, ее передняя губа едва выступает над поверхностью свода влагалища; влагалище обычно короткое и узкое. Яичники также вялые и неэластичные, а иногда и удивительно маленькие. Грудь маленькие, соски и ареолы неразвиты.

В других случаях, несмотря на задержку наступления менархе, генитальный аппарат развит до степени, вполне соответствующей возрасту, но присутствует некоторое патологическое состояние, например, слизистая оболочка выделяет чрезмерно много секрета, имеет тенденцию к катаральному течению, имеются эрозии в зеве матки и т.д.

Патология менархе.

Во время менархе может произойти ряд функциональных нарушений и патологических изменений в органах, либо непосредственно связанных с половыми органами, либо этиологически зависящих от изменений, происходящих в этих органах.

Начало менструации, как мы уже упоминали, само по себе может быть ненормальным по своему характеру, являясь либо преждевременным (menarche praecox), либо замедленным (menarche tarda). Но даже там, где менструация начинается нормальным образом, период менархе может быть нарушен большим количеством патологических явлений, причиной которых следует рассматривать процессы развития, происходящие в половых органах молодой девушки. Прежде всего, само менструальное кровотечение может быть ненормальным по количеству и продолжительности. Затем, опять же, могут возникать функциональные нарушения самого разнообразного характера: особенно заметны нарушения гематопоеза, сердечных функций и нервной системы, а также конституциональные аномалии, которые заслуживают внимательного рассмотрения; кроме того, мы должны упомянуть расстройства пищеварения и расстройства органов чувств, среди последних особого внимания заслуживают определенные изменения кожи.

Заболевания женских половых органов во время менархе очень разнообразны по своей природе. В то время как в младенчестве и раннем детстве матка и ее внутренняя оболочка находятся в состоянии полного покоя, так что в них не происходит ничего, что могло бы привлечь внимание, с приближением полового созревания эти органы выходят из тени, и процент заболеваний репродуктивных органов внезапно достигает огромной высоты. У очень маленьких девочек среди заболеваний этих органов мы наблюдаем только пороки развития, злокачественные опухоли и гонорейные инфекции, и даже эти патологические состояния довольно редки; но в период полового созревания все это изменяется, и мы имеем дело с нарушениями менструальной функции и их последствиями, а также с различными воспалительными процессами, а период половой зрелости предлагает нам избыток заболеваний, связанных с репродуктивной системой, оправдывая эпиграмму французского гинеколога, который определил половозрелую женщину как *“матка не на службе у органов”*.^[20]

Аномалии менструации.

Нередко, хотя менструальный цикл начался в обычном возрасте и какое-то время был регулярным, возникают патологические нарушения этой функции.

Аменорея во время менархе может зависеть от полной аплазии яичников, связанной с зачаточным и несовершенным развитием матки. У таких девочек, репродуктивная система которых, таким образом, развита несовершенно, постоянно ожидаемые менструальные выделения не появляются, несмотря на то, что повторяющийся менструальный дискомфорт, вызванный гиперемией половых органов, повторяется с интервалом в четыре недели; как, например, коликообразные боли в животе, раздражительность, нервные состояния и психические расстройства. Кроме того, аменорея может быть вызвана одной из различных форм атрезии половых органов, например, атрезией влагалища или гименеи. У таких людей первый период проходит незаметно, и нет ничего, что могло бы привлечь внимание. Но во время второй менструации обычно проявляется дистресс; и с этого времени болезненные сокращения матки будут продолжать происходить с интервалом в четыре недели и становиться более сильными по мере того, как менструация следует за менструацией, в то время как менструальных выделений мало или, строго говоря, они не находят выхода. Кровь скапливается за очагом атрезии, и ее накопление приводит к возникновению симптомов давления, поражающих мочевой пузырь и прямую кишку, и, в конечном счете, также крестцовые нервы.

Менструация после ее первого нормального появления может быть подавлена у молодых девушек вследствие психических впечатлений, таких как внезапный испуг; такие случаи

наблюдаются после спасения при пожаре или после железнодорожной катастрофы. Ментальные стимулы меньшей интенсивности, но большей продолжительности оказывают аналогичный эффект; иногда они принимают форму самовнушения. Хорошо известным примером последнего явления является случай с девушкой, которая в результате либо фактического полового акта, либо, возможно, просто слишком интимных объятий с мужчиной, опасается, что забеременела, и на самом деле страдает от аменореи, хотя беременности на самом деле не существует. Я наблюдал случай, когда аменорея была вызвана таким образом у семнадцатилетней девушки, чьи представления о процессе полового акта были еще далеки от ясности. Она позволила молодому человеку целовать ее неоднократно и пылко и заключать в крепкие объятия. Тогда она испугалась, что забеременела; менструальные выделения, которые были регулярными с тех пор, как ей исполнилось пятнадцать лет, прекратились; и только после того, как я, наконец, проконсультировавшись, смог убедиться, что девочка по существу девственна, и, следовательно, был в состоянии успокоить ее относительно ее собственного состояния, менструации снова стали регулярными.

Функциональная аменорея может также возникнуть у молодых девушек вследствие внезапной смены условий жизни, например, переезда из города в деревню или наоборот, путешествия по регионам, где климатические условия сильно отличаются от тех, которые были до сих пор, или смены активного вида деятельности на сидячий. К такого рода случаям относится следующий случай, наблюдаемый *Уинтером*: мисс К., 20 лет; менструации начались в возрасте 13 лет и с тех пор были регулярными; в трех последовательных случаях аменорея произошла во время визита в Берлин, в одном случае она длилась 3 месяца, в другом - 2 месяца, а в третьем - 6 недель, тогда как дома менструации были регулярными, хотя и несколько скудными. Молимин не было. Обследование показало, что стенка матки тонкая, длина этого органа 7 сантиметров (2½ дюйма), отчетливо прощупываются оба яичника. Такая форма аменореи, как эта, обычно исчезает, когда девушка переходит из условий, неблагоприятных для выполнения ее сексуальных функций, в условия, благоприятные для этой функции.

Нередко озноб у молодых девушек является причиной прекращения менструальных выделений, которые до сих пор были довольно регулярными, особенно эффективными в этом отношении являются стояние в холодной воде, промочение ног, воздействие дождя и ветра во время менструации на недостаточно одетые нижние конечности и вагинальные инъекции воды слишком низкой температуры. Такие случаи обычны среди рабочих классов, особенно среди прачек; но они наблюдаются и среди состоятельных людей. *Винтер* приводит пример: мисс Х., 19 лет; менструации начались в возрасте 13 лет, регулярные, с интервалом в 4 недели, выделения длятся 2-3 дня и являются нормальными по количеству. Несколько лет назад пациентка сильно простудилась, плавая в холодной воде во время месячных. В результате менструации прекратились, аменорея продолжалась полтора года. Затем менструация возобновилась, но была нерегулярной, иногда предвзя, иногда откладывая надлежащий период, интервал иногда достигал четырех месяцев; когда это происходило, кровотечение было представлено только одной-двумя каплями крови, и дисменорея была тяжелой. В каждый соответствующий период, если кровотечение не появлялось, возникала сильная молимина в виде спазмов в животе и головной боли. Обследование показало, что матка нормальной формы, 4½ сантиметра (1½ дюйма) в длину, с очень тонкой стенкой; прощупывались оба яичника, но меньше нормы.

Однако наиболее распространенной формой аменореи в этот период жизни является конституциональная аменорея, связанная с хлорозом. При хлорозе мы имеем дело не с

симптоматическим отсутствием менструальных выделений, а со сбоями функции яичников, когда граафовы фолликулы не созревают. Согласно *Гебхарду*, мы обычно обнаруживаем, что у девочек с хлорозом менструации начинаются в обычном возрасте или даже раньше. Менструации повторяются один или два раза с нерегулярными интервалами, а затем сменяются полной аменореей, это может быть внезапно, это может быть постепенно, и с каждым разом течение становится более скудным, чем раньше. У пациенток с хлорозом менструальные выделения, когда они присутствуют, очень жидкие и водянистые и часто содержат большое количество слизи, выделяемой из канала шейки матки и полости матки. Аменорея может быть кратковременной; или она может длиться в течение длительного времени; так что только по прошествии месяцев или лет, и, как правило, в результате соответствующего лечения, менструации возобновляются, отныне они либо нормальные по частоте и силе, либо, с другой стороны, постоянно скудные и откладывающегося типа. Сопутствующие расстройства, от которых страдают пациенты, принимают форму головной боли, головокружения, обморока, чувства угнетенности, нежелания к умственным и физическим нагрузкам, и так далее. Поскольку в таких случаях созревание фолликулов яичников также не происходит, когда аменорея завершена, менструальные месячные, как правило, отсутствуют (*Гебхард*).

Стивенсон также утверждает, что у девочек, у которых хлороз наблюдался дольше или короче, менструация часто начинается очень рано, во всяком случае раньше, чем у здоровых девочек.

Обычно в этих случаях с аменореей связаны различные другие расстройства, такие как коликообразные боли в животе, чувствительность брюшной стенки к контакту или давлению, головные боли, приступы гемикрании, общая психическая депрессия и истерические проявления.

У хлоротичных девочек во время менструации часто появляются водянистые выделения, иногда слегка окрашенные кровью. В такие периоды также может возникать дисменорея.

Приступы меноррагии у молодых девушек обычно зависят от нарушений нервной системы. Иногда такой приступ возникает при самой первой менструации. Иногда также меноррагия может возникать в сочетании с хлорозом, который, согласно *Вирхову*, следует отличать от редкого состояния, названного им “меноррагический хлороз”, характеризующегося чрезмерными менструациями упреждающего типа. Однако кровотечение в таких случаях редко бывает очень обильным, но периоды очень длительные, а интервалы чрезвычайно короткие. *Кастан* рассматривает такие обильные меноррагии и метроррагии, возникающие у молодых хлоротичных девочек, особенно в начале полового созревания, как эндоинфекционные, зависящие от аутоинтоксикации. Токсины приводят к воспалительным и дегенеративным изменениям в мышечном веществе матки. Согласно *Френкелю*, в этих случаях яичники обычно увеличены, редко меньше нормы.

Фрилик исчерпывающе обсудил этот вопрос в своей монографии о меноррагии у молодых девушек и гипертрофии шейки матки.^[21] Он утверждает, что случаи меноррагии у молодых девушек во время менархе можно разделить на две группы. В одном из этих случаев у пациенток наблюдается хлороз, и менструации не являются нормальными ни по количеству, ни по продолжительности, но опасность представляет длительное продолжение кровотечения, а не его обильность; в случаях, относящихся к другой группе, пациентки находятся в отличном состоянии здоровья в начале полового созревания, но менструация вскоре принимает форму длительной и обильной меноррагии. Случаи последнего рода возникают из-за гипертрофии шейки матки и грибкового метрита. Подобные приступы

меноррагии у молодых девушек наблюдаются также в случаях инфекционных заболеваний, таких как оспа, корь, скарлатина и, прежде всего, грипп. Кровотечение часто начинается в первые дни инфекции и даже в период инкубации, за один или два дня до появления общих симптомов. Если пациентка заболевает гриппом во время менструации, менструальные выделения могут принять характер настоящей меноррагии. Однако чаще всего в таких случаях мы имеем дело с внемесячным кровотечением, которое действительно может наблюдаться у девочек, у которых еще не начались менструации.

Воспалительные процессы.

Хронический метозэндометрит, как телесный, так и цервикальный, иногда возникает у молодых девочек в период развития. Это особенно часто встречается у лиц с хлорозом; и рядом с ними у девушек, которые небрежно относятся к соблюдению гигиенических мер предосторожности во время менструации. Таким образом, это может быть результатом физических нагрузок среди рабочих классов; и от танцев, катания на коньках, верховой езды или альпинизма у девочек, принадлежащих к обеспеченным классам, во время менструации. Опять же, мы встречаемся с этим у девушек, которые очень усердно работают на швейной машинке; и, наконец, у тех, кто долгое время практиковал мастурбацию. Из-за нечистоплотности во время менструации кровь, которой окрашены сорочка и панталоны, а также волосы на лобке, подвергается разложению, и это может привести к катаральному воспалению вульвы и влагалища и эндометрия. Наиболее ярким симптомом у лиц, пораженных таким образом, является выделение слизи, которое при цервикальном метозэндометрите приводит к очень влажному состоянию наружных половых органов и оставляет зеленовато-желтые пятна на нижнем белье; при телесном метозэндометрите выделения более жидкой консистенции, молочного цвета и не очень обильные. В результате эндометрита пациентка страдает от различных болей в теле, чувства полноты, ломоты в крестце, общего чувства усталости и различных нервных проявлений; иногда также от дисменореи, странностей или упорных запоров. Вследствие сильного утолщения слизистой оболочки, которое часто происходит, менструации становятся очень обильными и продолжительными, длящимися от одной до двух недель.

Формой хронического вульвита, иногда, хотя на самом деле довольно редко, встречающейся у девочек в этом возрасте, является воспаление наружных половых органов, обусловленное мастурбацией. В качестве характерных признаков этого мы можем наблюдать удлинение нимфы, клитора или *præputium clitoridis*, и в то же время на внутренней поверхности сильно растянутых половых губ мы можем заметить значительное увеличение сальных желез, так что желтоватые пятна, образованные этими структурами, можно увидеть под слизистой оболочкой невооруженным глазом — поверхность слизистой, действительно, может быть слегка неровной вследствие их увеличения, так что они напоминают небольшие ретенционные кисты. Слизистая оболочка вульвы между краем девственной плевы и нимфой, более того, согласно *описанию вульвита при мастурбации, сделанному* Вейтом, часто покрыта небольшими заостренными наростами, мягкая борозда между клитором и наружным отверстием мочеиспускательного канала очень часто характеризуется отеком слизистой оболочки и наличием этих маленьких наростов; но иногда также участки, расположенные по обе стороны от отверстия мочеиспускательного канала, могут проявлять аналогичные изменения. Эти небольшие структуры полностью отличаются от заостренных кондилом - они не разветвляются, они встречаются только на собственно поверхности вульвы, а не на участках, демонстрирующих признаки настоящей кожи, и они неинфицирующие. В частности, следует помнить, что мы находим эти изменения главным

образом у девственниц, у которых из-за неясных симптомов было проведено обследование половых органов и которые вдобавок страдают нервными и истерическими проявлениями. Девственная плева, когда она не повреждена, как это обычно бывает в таких случаях, служит объективным доказательством того, что половой акт не является причиной проблем пациентки, и действительно, трудно найти четко определяемую причину. Пациент обычно проявляет ненормальную чувствительность и чрезмерную щепетильность. *Вейт* придерживается мнения, что сочетание всех этих симптомов оправдывает диагноз мастурбации как возбуждающей причины хронического вульвита; в таких случаях мы можем одно время обнаружить, что слизистая оболочка бледная, но при более позднем осмотре ярко-красная, и мы часто видим чистый, прозрачного цвета секрет, выделяющийся из протоков бартолиновых желез.

В результате длительной мастурбации в женских половых органах могут происходить другие патологические изменения, такие как гипертрофия нимфы, разрастание или железистая гипертрофия слизистой оболочки матки, раздражение яичников, боли в области яичников, которые при тяжелых приступах могут отдавать в бедра. Эти боли становятся более сильными во время менструации, особенно в начале этого периода; и иногда они также особенно беспокоят в середине межменструального интервала, в этом случае обычно в результате большого физического напряжения.

Эти болезненные процессы в половых органах молодых девушек давно привлекали внимание врачей, и прошло более шестидесяти лет с тех пор, как *Беннет* описал "девственный метрит", наблюдавшийся им у двадцати трех девственниц. *Бонтон* опубликовал в 1887 году монографию об этом состоянии. *Галлард* называет мастурбацию его основной причиной.

Ретрофлексия матки также иногда наблюдается у девственниц, вызванная столь распространенными у молодых девушек вредными привычками задерживать мочу в течение чрезмерно длительных периодов и пренебрегать запорами. Длительное растяжение мочевого пузыря приводит к ежедневному, продолжительному растяжению связочного аппарата матки; полный мочевой пузырь давит на матку назад, и после опорожнения внутренних органов вялые связки больше не способны вернуть матке ее нормальное положение переднего сгибания. Орган оставлен с направленным назад дном, и внутрибрюшное давление постоянно удерживает его в этом положении; в то же время накопление гноя в прямой кишке за счет выдавливания шейки матки вперед способствует такому смещению матки. Более того, когда ткани матки становятся вялыми из-за неправильного питания у больных хлорозом или анемией, орган легче поддается механическим воздействиям, чем если бы его мышечный тонус был здоровым.

Нарушения гематопоза.

Хлороз в целом справедливо рассматривается как заболевание периода полового созревания, этиологически зависящее от процессов, которые в это время жизни происходят в половых органах. Его появление обычно совпадает с менархе, наступающим в возрасте от 14 до 16 лет или даже позже, в возрасте от 19 до 21 года. Что касается состава крови при хлорозе, исследования показали, что содержание гемоглобина в ней всегда снижено; его удельный вес пропорционально уменьшается, но удельный вес сыворотки крови нормальный. Количество эритроцитов нормальное или лишь незначительно уменьшено; иногда их форма нормальная, иногда, однако, присутствует пойкилоцитоз. Лейкоциты в целом нормальны как по количеству, так и по форме; миелоциты (*Маркцеллен*) также описаны как присутствующие в крови больных хлорозом (*Нойссер, Хаммершлаг, Гильберт,*

Вейль); количество кровяных пластинок нормальное, щелочность крови также нормальная, изотоничность эритроцитов довольно низкая.

Связь хлороза с менархе объясняется по-разному. *Каханев* своей подробной монографии о хлорозе рассматривает его как самостоятельное заболевание, принадлежащее к группе “расстройств вегетации” (*Кундрат*), которое “по своей сути является выражением дисгармонии, возникающей между врожденно неэффективным гематопозитическим аппаратом и требованиями, предъявляемыми к женскому организму процессами полового созревания”.

По мнению *Кахане*, недостаточность гематопозитических органов с точки зрения их функциональной способности у женщин пока физиологична, поскольку их кровь уступает мужской по содержанию гемоглобина и корпускулярных элементов примерно на 10%. Таким образом, возможно, можно объяснить предрасположенность женского пола к хлорозу. Еще одним фактом, который необходимо принимать во внимание, является разница в развитии, которому подвергаются представители обоих полов в период полового созревания. У женского пола это развитие завершается быстро и имеет характеристики революции; но у мужского развитие происходит более постепенно и имеет характеристики эволюции.

Ф. А. Хоффманн также считает хлороз связанным с развитием матки и установлением менструации. Возможно, что эти процессы оказывают некоторое рефлекторное влияние; но мы должны также помнить, что химические процессы, участвующие в росте и созревании фолликулов яичников, все еще недостаточно изучены, и что вполне возможно, что они тоже могут оказывать мощное и непривычное воздействие на организм, такое, что вполне может нарушить метаболические процессы несколько нестабильного характера.

Гравиц, который рассматривает хлороз как вазомоторный невроз, при котором возникают нарушения обмена жидкостей между тканями и сосудами, относит появление хлороза в период полового созревания к общей предрасположенности к расстройствам, проявляющимся в этом возрасте в сосудодвигательной системе.

Другие авторы рассматривают хлороз как аутоинтоксикацию яичников, полагая, что при определенных условиях яичники выделяют в организм определенные яды; или, с другой стороны, предполагая, что определенная антитоксическая функция, которой в норме обладают яичники, выходит из строя. *Фон Норден*, например, рассматривает хлороз как нарушение кроветворения, связанное с нарушением внутренней секреции яичника в период развития.

Блондель, который также считает аутоинтоксикацию яичников причинной, придерживается мнения, что хлороз вызывается продуктами разложения, образующимися в организме в процессе роста. Как в детстве вилочковая железа, так и в более позднем возрасте яичники делают эти продукты безвредными. Когда эта своеобразная функциональная активность завязи замедляется, интоксикация, вызванная продуктами разложения, образующимися в процессе роста, приводит к хлорозу.

Мейнерт интересным образом связывает вред ношения корсета в годы развития с этиологическими связями с хлорозом. В переходный период между детством и возрастом полового созревания обычно начинается ношение корсета. Теперь *Мейнерт* обнаружил, что при хлорозе в результате ношения корсета возникает вертикальное или субвертикальное положение желудка как частичное проявление энтероптоза, приводящее к напряжению брюшного сплетения симпатической нервной системы, что, в свою очередь, приводит к изменениям в крови и другим нервным симптомам. Согласно этой точке зрения, хлороз

является своеобразным общим неврозом, зависящим от искусственно вызванного гастроптоза; эта форма энтероптоза обусловлена не расслаблением удерживающих связок внутренних органов брюшной полости, а давлением, оказываемым соседними органами вследствие изменения формы грудной клетки, которая постоянно сжимается тугой шнуровкой (*фиксирующий шнурторакс*).

Важным является тот факт, что у девочек, страдающих хлорозом, нередко встречается состояние гипоплазии половых органов. По-видимому, причиной хлоротических изменений в крови может быть не только несовершенное развитие женских половых органов, что представляется возможным ввиду взаимоотношений между яичниками и гематопозитическими органами при посредничестве симпатической системы; но также и то, что подлинный хлороз и аномалии половых органов, встречающиеся при этом заболевании, возможно, являются обычными проявлениями какого-то более общего нарушения.

Согласно *Вирхову*, следует различать две различные формы хлороза: одну форму, при которой не существует серьезных отклонений в репродуктивном аппарате, и другую форму, при которой несовершенства в развитии центральной части сосудистой системы связаны с аналогичными несовершенствами в репродуктивном аппарате. Во многих случаях хлороза он находил яичники маленькими и несовершенными развитыми, в инфантильном состоянии; однако в других случаях они были в три раза больше нормального размера; развитие матки в таких случаях обычно соответствует развитию репродуктивных желез. Что касается этиологической связи между хлорозом и нарушениями развития, *Вирхов* склоняется к мнению, что при хлорозе следует предполагать наличие предрасположенности, либо врожденной, либо приобретенной в ранней юности, но что это не проявляется в виде фактического нарушения до наступления половой зрелости; и он считает вероятным, что первичный дефицит крови и сосудистого аппарата препятствует развитию репродуктивного аппарата.

Стида обнаружил, что у хлоротиков смещения матки были обычным явлением, с аномальной узостью влагалища, отсутствием волос на лобке, несовершенным развитием таза, а росту молочных желез препятствовали до такой степени, что соски и ареолы были ненормально маленькими. Он классифицирует эти проявления как нарушения развития в том смысле, что они относятся к числу так называемых стигматов дегенерации. Если при хлоротике грудь в определенных случаях имеет обычно полный и округлый вид, то этот внешний вид иногда обманчив, поскольку полнота обусловлена не надлежащим ростом паренхиматозной ткани молочной железы, а чрезмерным отложением жира. Следовательно, подлинный хлороз, не относящийся к какому-либо другому первичному заболеванию, является нарушением развития в том смысле, в каком различные другие признаки дегенерации, встречающиеся в организме человека, являются нарушениями развития и действительно часто ассоциируются с другими признаками дегенерации или с пороками развития, вызванными задержкой развития, как, например, инфантильный тип таза или половых органов, аномалии костей черепа, сводчатое небо, широкий и вдавленный корень носа, крайний прогнатизм.

Хегар также придерживается мнения, что хлороз в большинстве случаев является нарушением развития, происхождение которого не ограничивается так называемыми годами полового созревания; он часто возникает в результате вредных воздействий, которые либо строго передаются по наследству, либо начали действовать, когда младенец еще находился в утробе матери. *Френкель* склонен рассматривать первичное нарушение развития половых органов как причину многих случаев хлороза.

Недавно *Брейер* и *Зайлер* провели эксперименты на суках, которых они стерилизовали в начале полового созревания, и из результатов этих экспериментов представляется вероятным, что неупорядоченное влияние яичников на кровь играет роль, по крайней мере, в патологическом механизме, вызывающем хлороз.

Интимная связь, которая, как считается, существует между хлорозом и сексуальной жизнью женщины, находит выражение во мнении, восходящем ко временам античности и широко распространенном даже среди врачей, что заболевание (отсюда обозначаемое *morbus virgineus* или *febris amatoria*) возникает из-за сексуального воздержания у лиц с сильным сексуальным влечением, и что по этой причине хлороз часто излечивается браком. Этот результат брака, который, хотя и является лишь кажущимся, на самом деле часто может быть засвидетельствован, *Кахане* объясняет на том основании, что в очень многих случаях симптомы хлороза становятся менее выраженными по истечении первых пяти лет с начала полового созревания, причем улучшение наступает совершенно независимо от брака или продолжающегося безбрачия страдальца. Влияние брака на лечение хлороза, таким образом, очевидно лишь в той степени, в какой очень распространенный возраст вступления в брак у женщин приходится именно на двадцатый, двадцать первый или двадцать второй год, когда с начала менструации прошло пять лет. К этому времени организм в значительной степени приспособится к требованиям, предъявляемым к нему процессами полового созревания. Опыт также показывает, что девочки, страдающие хлорозом, иногда продолжают страдать от различных симптомов хлороза даже после того, как они стали женами, и что хлороз нередко усугубляется послеродовым периодом — но у жены больше не принято описывать такие симптомы именем хлороз, они называются анемией, истерией, нервозностью и т.д. Далее, чтобы нанести смертельный удар доктрине *morbus virgineus*, *Кахане* обращает внимание на тот факт, что многочисленные случаи хлороза встречаются у молодых девушек, которые далеки от практики сексуального воздержания, особенно, например, среди низших классов, среди которых вряд ли принято дожидаться вступления в брак, прежде чем начинать половую связь. Более того, связь между мастурбацией и хлорозом, которая также широко обсуждалась с этиологической точки зрения, не может быть признана. С другой стороны, легко понять, что эротические грезы, которые так часто наблюдаются у хлоротичных девушек, с большой вероятностью вызывают привычку к мастурбации.

У молодых девушек во время менархе, особенно у тех, кто страдает аменореей или нерегулярными менструациями, нередко развивается анемическая форма ожирения. У таких пациентов во время полового созревания проявляются признаки выраженной анемии в сочетании с заметным увеличением жира. Кожа в таких случаях всегда поразительно бледная и беловато-желтого цвета; у тел, которые в других отношениях красивы, бюст может иметь вид мраморной статуи. Такие девушки поразительно полны, но жировая ткань вялая, мягкая и пористая, и зависимые части тела легко становятся отечными; мышечная система, как правило, слабая.

Что особенно характеризует эту анемичную форму липоматоза у молодых девушек, так это то, что даже при легких формах заболевания сердечные симптомы склонны становиться заметными. Частое и сильное сердцебиение будет возникать даже при отсутствии каких-либо серьезных нагрузок или особого возбуждения, часто также мы наблюдаем одышку, боль в прекардиальной области, беспокойство, нарушение дыхания и ощущения озноба и усталости.

Основную причину ожирения в этих случаях следует искать в анемии, поскольку уменьшение количества эритроцитов является уменьшением количества переносчиков кислорода, а это

влечет за собой дефектное и недостаточное окисление. Дефицит белковых компонентов в организме также приводит к быстрому и обширному отложению жира, поскольку энергии для сжигания жиров, поглощаемых с пищей, недостаточно. Вспомогательным фактором, вызывающим ожирение у таких малокровных девочек, является их нежелание заниматься физическими упражнениями, зависящее от быстрого появления ощущения усталости. Длительный покой мышц и почти постоянное нахождение в тесных помещениях, недостаточно снабжаемых кислородом, также приводят к изъятию из крови циркулирующего жира и его отложению в виде жировой ткани.

Альбуминурия во время менархе - это развивающееся заболевание, которое нередко встречается у хлоротичных девочек, как и у мальчиков-подростков. При исследовании мочи у таких молодых девушек мы обнаруживаем присутствие переменного количества альбумина, который присутствует особенно после тяжелой физической нагрузки, умственных усилий или эмоционального возбуждения, в то время как моча, выделяемая ночью, обычно не содержит альбумина. Кожа бледная, доступные слизистые поверхности сравнительно бесцветные, лицо одутловатое, веки отечные; пациенты страдают от различных нервных расстройств, особенно головной боли и головокружения, а также склонны к диспепсическим расстройствам.

Причиной этой альбуминурии в период полового созревания, согласно *фон Лейбе*, является частично нарушение гематопоза, частично легкая степень сердечной недостаточности с тенденцией к застою. В то время, когда процессы развития и роста тела в высоту наиболее активны, не происходит соответствующего увеличения энергии гематопоза, и сердце также не успевает за ростом тела и удовлетворять требования, предъявляемые к нему таким образом за счет интенсивного роста и увеличения энергии. В целом способность сердца у таких людей действительно достаточна для поддержания кровообращения через почки; но как только функциональная активность сердца подвергается более сильным нагрузкам и энергия кровообращения, следовательно, снижается, возникает альбуминурия — и возникает тем более быстро вследствие того факта, что содержание гемоглобина в крови снижено из-за обычной анемии, эпителий почечных клубочков плохо питается и функционально неадекватен.

Когда период менархе благополучно миновал, когда менструации возобновляются с регулярностью, а хлоротические проявления исчезают, когда процесс гематопоза качественно улучшился и рост организма завершен - короче говоря, когда восстанавливается функциональное равновесие всех жизненно важных процессов, альбуминурия периода полового созревания прекращается. Однако, по-видимому, те, кто страдал подобным образом, предрасположены к возврату альбуминурии в климактерический период, когда метаболический баланс снова нарушается.

Нарушения со стороны сердца.

Наиболее распространенным сердечным заболеванием в этот период жизни является нервное сердцебиение, возникающее у молодых девушек, которые в других отношениях находятся в добром здравии, не имеют анемии и каких-либо обнаруживаемых заболеваний сердца или сосудов. На то, что это расстройство зависит от сексуальных процессов, указывает тот факт, что сначала оно проявляется бурным образом за некоторое время, это могут быть недели или месяцы, до первого появления менструации; повторяющиеся с нерегулярными интервалами, приступы продолжаются до окончания первой менструации и прекращаются вскоре после регулярного возобновления менструации. Объективно сердцебиение проявляется увеличением частоты и силы сердечного толчка, а также

повышенной частотой и напряжением пульса; однако в некоторых случаях оно воспринимается субъективно только пациентом как беспокоящее ощущение чрезмерно частой и мощной сердечной деятельности. В первой группе случаев повышенная активность сердца ощутима не только при аускультации, при которой мы обычно находим сердечные тоны довольно чистыми, но и при осмотре, который показывает нам сильное возбуждение грудной стенки и усиленную пульсацию сонных артерий. При перкуссии в области сердечной тупости изменений не обнаружено. Частота пульса увеличена, обычно достигая 120-140 ударов в минуту; он полный и может быть прерывистым или нерегулярным. В тех случаях, когда сердцебиение является чисто субъективным ощущением, мы не обнаруживаем увеличения ни частоты, ни силы пульса, который действительно может быть менее частым, чем обычно. С сердцебиением связано ощущение сильной пульсации в крупных сосудах шеи, и часто возникает боль с левой стороны нижней части грудной клетки с ощущением одышки, нарушения дыхания, боли в прекардиальной области и чувством давления на грудную клетку. Дыхание поверхностное и ненормально частое. Приступы сердцебиения повторяются ежедневно у одних пациентов, у других с интервалом в несколько дней; они могут возникать совершенно без возбуждающей причины или по причине настолько незначительной, что у нормального человека она не вызвала бы никакого нервного возбуждения; продолжительность приступов варьируется от нескольких минут до нескольких часов, и они могут возникать как днем, так и ночью; в промежутках между приступами функции сердца и артерий осуществляются нормальным образом. Кривые пульса, полученные мной во время приступов сердцебиения, в тех случаях, когда проявления были как объективными, так и субъективными, демонстрируют высокую пульсовую волну, подъем вверх быстрый и крутой, спад вниз также внезапный и крутой, предикротическое повышение, но слабо выраженное, дикротическое повышение часто очень отчетливое.

Менее частыми, чем такие приступы сердцебиения, повторяющиеся с нерегулярными интервалами, являются пароксизмальные приступы тахикардии, при которых частота сердечных сокращений и пульса увеличены в огромной степени. Это расстройство проявляется незадолго до первого появления менструации, с тех пор оно регулярно повторяется каждые три-четыре недели, сопровождая менструацию, или возникает в соответствующий период менструации, если менструация приостановлена; приступы длятся несколько дней. Эта проблема также исчезает через несколько месяцев после установления менструации.

С этими сердечными заболеваниями связаны, правда, не постоянно, но в большинстве случаев, нарушения в работе органов пищеварения.

Из уже описанных проблем с сердцем следует выделить другую группу случаев, которые также наблюдаются во время менархе. Они возникают у девушек, у которых первое проявление менструации резко задерживается, еще не начавшись в возрасте 18, 19 или 20 лет, или у которых произошли значительные нарушения в связи с началом менструации. У таких девочек, у которых менструации появились поздно и были нерегулярными, или которые, возможно, полностью страдают аменореей, проблемы с сердцем могут быть настолько выраженными, что врач может заподозрить наличие органического заболевания сердца. Наиболее заметным симптомом является частое и сильное сердцебиение с сильной пульсацией в сонных артериях, нарушение дыхания и чувство тревоги при продолжительной физической нагрузке или даже при очень незначительных нарушениях. При перкуссии не обнаруживается увеличения сердца; при аускультации тоны сердца оказываются очень громкими, часто с систолическим шумом в митральной области, в то время как над нижним концом внутренней яремной вены слышен жужжащий верхушечный шум (*кровоподтек*).

Пульс учащен, временами аритмичен и легко поддается сжатию. Сфигмографический анализ обычно показывает субдикротический или дикротический характер. Ход вверх невысокий; ход вниз опускается низко, почти до самого нижнего уровня кривой, прежде чем начинается увеличенное дикротическое возвышение. Кожа всегда поразительно бледная, также бледны видимые слизистые поверхности, содержание гемоглобина и корпускулярных элементов в крови значительно снижено, постоянно присутствует чувство усталости и различные другие нервные проявления - короче говоря, во всех случаях мы имеем дело с хорошо известной хлоротичностью, иногда связанной с проявлениями анемической формы универсального липоматоза. В нескольких таких случаях также присутствовали кожные поражения. Некоторые страдали от обыкновенных угрей на лице с обычными комедонами; у других обильно потели ладони рук и подошвы ног; у других наблюдалась синюшная окраска носа и ушей.

Существует еще третья форма сердечных заболеваний, действительно гораздо более редкая, чем уже описанные формы, от которой молодые девушки иногда страдают во время менархе. Это происходит у девочек, которые непосредственно перед первым появлением менструации очень быстро выросли, "взлетев на большую высоту". Они не анемичны и не кажутся "нервными", но они чрезвычайно худые и за предыдущий год сильно выросли в высоту. Эти люди также, у которых в течение предыдущей жизни не было проблем с сердцем, теперь жалуются на сердечную недостаточность. Как и в ранее описанных случаях, они жалуются на сильное сердцебиение, чувство распираания в груди, одышку при физической нагрузке и т.д.; Но результаты объективного обследования сильно отличаются. Сердечная тупость увеличивается по площади, особенно по вертикали, верхушечный ритм может быть нормальным по положению или смещен наружу, импульс всегда учащенный, ненормально мощный и стойкий, тоны сердца, особенно левого желудочка, громче обычного, второй звук в аорте усиленный, иногда звенящий, заметно пульсируют сонные артерии. Лучевой пульс, напряжение которого ненормально высокое, может быть сдавлен пальцем лишь с трудом; иногда он носит отрывистый характер. Сфигмографический анализ показывает быстрый и крутой подъем; при спуске предикротическая высота намного больше нормы, а также ближе к вершине кривой. Таким образом, мы видим, что присутствуют все признаки гипертрофии сердца, то есть гипертрофии левого желудочка.

Случаи подобного рода, которые попали в поле моего зрения, были не у девушек из рабочего класса, а среди состоятельных людей. Поэтому мы не можем рассматривать их как результат перенапряжения сердца вследствие чрезмерных физических нагрузок, сравнимых со случаями, встречающимися у молодых рекрутов после длительных маршей и интенсивных физических упражнений. Мы скорее должны предположить, что развитие женских половых органов вызвало бурю в сердечно-сосудистой системе, особенно то, что каким-то образом было оказано повышенное сопротивление работе сердца и что таким образом была вызвана гипертрофия; хотя мы можем предположить, что действовали и другие неблагоприятные воздействия. Таким влиянием в этих случаях является быстрый рост тела, который предъявляет повышенные требования к работе сердца; другое влияние оказывает почти повсеместно носимый негигиеничный предмет одежды, корсет, похожий на кирасу, который создает жесткую помеху быстрому росту женского тела, развитию груди, грудной клетки и верхних органов брюшной полости, и который не в состоянии приспособиться к изменяющимся условиям роста, так что на сердце ложится большая дополнительная нагрузка. У таких молодых девушек мы очень часто находили тесные корсеты, которые носили без изменений, независимо от роста тела в длину, и которые из-за давления на эпигастральную область, подъема диафрагмы и ограничения дыхательных движений

грудной клетки на самом деле оказывали такое значительное сопротивление движущей силе сердца, что в конечном итоге приводили к гипертрофии сердечной мышцы.

Подводя итог нашим наблюдениям, мы обнаруживаем, что во время менархе у молодых девушек возникают сердечные нарушения, которые можно разделить на три группы случаев:

1. Нервное сердцебиение и пароксизмальная тахикардия у лиц, в других отношениях находящихся в добром здравии, проявляющиеся незадолго до начала менструации и исчезающие вскоре после того, как менструации становятся регулярными.
2. Нарушения сердечной деятельности, возникающие у молодых девушек, страдающих хлорозом, который сам по себе является результатом процессов менархе.
3. Гипертрофия сердца, развивающаяся во время менархе и зависящая от нарушений кровообращения, связанных с этим процессом, ее появлению способствуют также быстрый рост девочки и неподходящая одежда (тугая шнуровка).

Что касается деятельности сердца и кровообращения во время менархе, особого внимания заслуживают малоизвестные наблюдения Бенеке о росте сердца и артерий на различных стадиях развития. Согласно этому автору, рост сердца происходит медленно до достижения пятнадцатилетнего возраста, но ускоряется в начале полового созревания. В этот период полового созревания кровяное давление достигает своего самого высокого уровня, оставаясь сравнительно низким в детстве и более позднем возрасте. В период полового созревания женское сердце развивается менее интенсивно, чем мужское, и по этой причине на протяжении взрослой жизни объем женского сердца в среднем на 25-30 кубических сантиметров (1,5-1,8 кубических дюйма) меньше, чем у мужчины. Кроме того, у женщин магистральные артерии в среднем несколько меньше, чем у мужчин. Различные артерии развиваются с неодинаковой скоростью на протяжении всего периода роста; после полового созревания общая сонная артерия растет гораздо медленнее, чем общая подвздошная артерия, причем первый сосуд является единственным крупным стволом, который уже почти достиг своего максимального размера в период полового созревания.

Сравнительно большое развитие, которому подвергается сердце во время полового созревания, является явлением настолько важным как в физиологических, так и в патологических отношениях, что оно заслуживает специального обозначения *полового развития сердца*; начало и завершение полового созревания, по-видимому, в значительной степени зависят от этого развития сердца и одновременного повышения кровяного давления в системе кровообращения из-за сравнительного уменьшения калибра артерий.

В литературе, посвященной теме сердечных нарушений во время менархе, мы находим лишь краткие примечания о учащенном сердцебиении у девочек-подростков и о сердечных проявлениях у лиц с хлоротиком. Кроме того, статистический факт, что клапанные поражения сердца чаще встречаются у женщин, чем у мужчин, многими авторами объясняется на том основании, что нарушения периода полового созревания, которые, безусловно, встречаются чаще и более серьезны у женского пола, чем у мужского, играют важную роль в их возникновении. Изменения также в сосудах, такие как циркоидная аневризма (*артериальная кистевидная ангиома*), предположительно, связаны с половыми процессами в этот период жизни. К. Гейне утверждает, что вследствие полового созревания и половых функций, которые устанавливаются в этот период, телеангиоэктазы нередко трансформируются в цирроидную аневризму; особенно в случаях, когда менструации скудные и нерегулярные, ангиоэктатические опухоли могут демонстрировать опосредованное периодическое увеличение.

Кригер описывает нервное сердцебиение, а также “спазмы сердца”^[22] как возникающие у девочек, у которых еще не начались менструации, в форме продромальных проявлений; подобные приступы могут возникать также при каждой менструации у девочек, у которых менструация полностью установилась. В большинстве этих случаев пульс учащен у пациентов, которые жалуются на ощущение тревоги и говорят об ощущении сердцебиения, дрожи или трепетания, к которым иногда добавляется ощущение внезапного прекращения его деятельности. Нередко возникает придаточный свистящий звук, маскирующий или сопровождающий тоны сердца; наблюдаются также венозные шумы, особенно когда болезнь сердца связана с анемией или хлорозом. Из случаев псевдо-стенокардии,^[22] наблюдаемых *Кригером*, приступы возникали как продромальные проявления до первого появления менструации в 22 процентах случаев. из этих случаев в 78 процентах случаев менструация полностью установилась после менструации. из числа случаев; что касается связи приступов в случаях последней группы с менструальным периодом, то они произошли до начала менструации в 33% случаев, во время менструации в 67% случаев; менструации были нерегулярными в 10% случаев. из наблюдаемых случаев в большинстве других случаев менструации были нерегулярными, но теперь стали регулярными.

Хенниг описывает случай, в котором он наблюдал в качестве продромального симптома перед началом менструации регулярное повторение гиперемии органов малого таза, связанной с нарушением сердечной деятельности.

Заболевания нервной системы.

Обширные трансформационные процессы, происходящие в половых органах молодых девушек во время менархе, и сильное впечатление, которое новые мысли, надежды и страхи, возбуждаемые в этот период жизни, не могут не оказывать на нервную и эмоциональную жизнь, позволяют нам понять, как появление первой менструации может привести, особенно у неврастеничных или психопатических субъектов, к разнообразным нервным расстройствам, а также к расстройствам психики.

Среди тяжелых неврозов и психозов, которые могут возникнуть в период менархе у тех, кто страдает врожденной нервной слабостью, у тех, условия жизни кого очень неблагоприятны, и у тех, кто подвержен некоторым внезапным неприятным и сильным воздействиям, мы можем перечислить: гемикранию, боль в области сердца, истерию и эпилепсию; импульсивные проявления, такие как булимия, стремление к различным неподходящим вещам, клептомания и пиромания; сильное чувство тревоги; различные формы психозов.

С другой стороны, первое появление менструации иногда оказывает благоприятное влияние на девочек, страдающих нервным или психическим расстройством. Это видно, например, в случаях хореи у полностью развитых, быстро растущих девочек, у которых еще не начались менструации; у таких субъектов хорея иногда исчезает, как только менструации становятся регулярными.

Довольно часто первое появление гемикрании у молодых девушек совпадает с наступлением менархе. По словам *Уорнера*, гемикрания впервые появилась:

У 1 девочки от	3 до	4 лет.
У 2 девочек в возрасте от	5 до	6 лет.
У 1 девочки от	6 до	7 лет.
У 5 девочек в возрасте от	8 до	9 лет.
У 5 девочек в возрасте от	9 до	10 лет.

- У 4 девочек в возрасте от 10 до 11 лет.
- У 2 девочек в возрасте от 11 до 12 лет.
- У 4 девочек в возрасте от 12 до 13 лет.
- У 15 девочек в возрасте от 13 до 15 лет.

Зубная боль, согласно *Голландеру*, в первые дни полового созревания иногда проявляется двадцативосьмидневным типом менструации. Такая же периодичность была зарегистрирована в случаях опосредованного кровотечения из десен у девочек, страдающих нарушением менструальной функции.

В период менархе и перед этим периодом возникает малая хорей, как функциональное нарушение двигательной области нервной системы, и особенно у девочек это связано с процессами периода физического развития. Статистические данные, предоставленные рядом авторов, *Хьюзом, Пай-Смитом, Рассом, Се и Штайнером*, показывают, что соотношение мальчиков и девочек, страдающих малой хореей, составляет от 1 до 2,8, а среди лиц всех возрастов - 49%. 29,8% случаев произошли в возрасте от 6 до 11 лет. в возрасте от 11 до 13 лет. В нескольких случаях у довольно молодых девушек, страдающих хореей, были обнаружены патологические изменения в половых органах. Так, у 24 из 27 девочек в возрасте от 9 до 15 лет, страдавших хореей, *Мари* обнаружила симптомокомплекс, обозначенный *Шарко* как *овариоз*. Болезненность яичников проявлялась при пальпации, и всегда с той стороны, на которой хорей проявилась впервые. *Леонард* обнаружил у девочки одиннадцати лет, страдающей хореей, спайку крайней плоти клитора; после отделения крайней плоти хорей исчезла.

Как в отношении различных нервных заболеваний, так и в отношении различных психических отклонений, мы наблюдаем во время менархе многочисленные проявления, подтверждающие утверждение, что “ни один спинномозговой рефлекс не имеет таких широко открытых и легкодоступных путей проведения к органу разума, как сексуальный рефлекс”. “Менструальный процесс, - продолжает *Фридман*, - это единственный телесный процесс, по отношению к которому орган разума несколько легко теряет замечательную устойчивость своего равновесия”.

По опыту всех психиатров, это, вообще говоря, наследственная психопатическая склонность, которая особенно проявляется во время полового созревания; и, по-видимому, эта предрасположенность, проявления которой до сих пор были в состоянии подавлять сопротивляющиеся силы детства, подвергается внезапному и бурному развитию вследствие действия менструального стимула, приводящего к неожиданному появлению психических расстройств. Наиболее распространенными из них являются мания и меланхолия обычного типа, прогноз при первых приступах благоприятный; следующими по частоте к ним относятся психозы, характеризующиеся фиксированными идеями, которые обычно благополучно заканчиваются через короткое время; наконец, мы встречаемся с моральными психозами полового созревания и формой меланхолии, которую *Кальбаум* называет *Гебефренией*,^[23] прогноз которого очень неблагоприятный, поскольку он быстро заканчивается деменцией, аналогично деменции полового созревания, описанной *Светлиным*, зависящей от преждевременного синастоза костей черепа или связанной с ним. Очень часто в период полового созревания мы наблюдаем начало периодических разновидностей психических

расстройств, которые перерастают в периодические менструальные психозы, регулярно проявляющиеся при повторении каждой менструации.

Тот факт, что истерия часто впервые проявляется во время первых менструаций, был замечен еще *Гиппократом*, который действительно считал, что эта связь в достаточной степени объясняется хорошо известными разнообразными связями между этим нервным заболеванием и нарушениями в женских половых органах. Первый истерический приступ часто совпадает с первой менструацией; или первая менструация может привести к рецидиву истерии, которая проявлялась ранее, но перешла в стадию затишья. Нам приходится иметь дело главным образом с второстепенными формами, такими как неконтролируемые и необусловленные приступы смеха и плача, globus hystericus, clonus hystericus и т.д.; Большая истерия, с другой стороны, очень редко наблюдается во время менархе. Что касается частоты истерии во время полового созревания, мы приводим определенные статистические данные.

Ландузи нашел:

4 случая истерии в возрасте от	1 до 10 лет.
45 случаев истерии в возрасте от	10 до 15 лет.
105 случаев истерии в возрасте от	15 до 20 лет.
80 случаев истерии в возрасте от	20 до 25 лет.

По достижении двадцатипятилетнего возраста частота истерии очень быстро снижается.

Согласно *Бернутцу*, все статистические данные доказывают, что истерия более чем в половине случаев впервые проявляется либо непосредственно перед началом менструации, либо одновременно с ней. Представляется также, что во время полового созревания аменорея и дисменорея проявления могут привести к развитию истерии. У девочек в этот период жизни истерия редко принимает форму большого истероэпилептического криза, проявляясь скорее в виде нервных и капризных состояний ума, моральных изменений, слабости воли в сочетании с различными формами анестезии, спазмов и паралича.

На пороге полового созревания у девочки с наследственно невропатической предрасположенностью может проявляться склонность к эпилепсии. В таких случаях, как *пишет* Ковалевский, у пациента наблюдаются внезапные приступы потери сознания, обычно сопровождающиеся диким криком; во время приступов возникают тонические и клонические мышечные спазмы, пациент совершенно без чувств, зрачки расширены и не реагируют на свет, частота пульса повышена — короче говоря, проявляются типичные явления эпилептического припадка. Потеря сознания длится от двух до трех минут; и когда девушка приходит в себя, она ничего не помнит из того, что происходило во время припадка. Хотя сознание вернулось, разум все еще поначалу несколько расстроен; но это расстройство вскоре проходит, девушка успокаивается и забывает о том, что произошло. Вызывают врача, но в девятнадцать случаев из ста он уверяет родственников, что “приступ не представляет собой никаких последствий — простой обморок, результат менструации — просто временное расстройство”. Повторный “обморок” нарушает спокойствие родителей, но повторное авторитетное заверение врача, что “болезнь скоро пройдет”, восстанавливает их уверенность; и они постепенно привыкают к “обморокам”, от которых их дочь страдает при каждой последующей менструации. Дочь выходит замуж и рождает невропатичных и психопатичных детей, и все задаются вопросом, что может быть причиной этого несчастья. Следовательно, необходимо уделять пристальное внимание этим “обморокам во время менструации”. В подавляющем большинстве случаев это фактически

эпилептические припадки, и как таковые их необходимо лечить. *Бинсвангер* указывает, что в таких случаях, когда эпилепсия впервые проявляется в начале менструации, приступы могут продолжать сопровождать менструацию в течение последующих нескольких лет. Некоторые авторы, например, *Лоусон Тейт*, *Тиссо* и *Маротт*, утверждают, что при уже установленной эпилепсии у молодых девочек в период полового созревания наблюдается увеличение как тяжести, так и частоты приступов; *Эскироль*, напротив, приписывает половому созреванию благоприятное влияние на течение эпилепсии, чего придерживался еще *Гиппократ*.

Нередко приступы боли в прекардиальной области, связанные с тахикардией, возникают во время первой менструации. Эти приступы обычно длятся недолго.

Акромегалия, заболевание, рассматриваемое как трофоневроз, также требует упоминания здесь, это нарушение роста, по мнению нескольких авторов, и особенно *В. Фрейнда*, каким-то образом связано с развитием полового созревания; предполагается, что склонность к акромегалии вызвана замечательным перемещением энергии роста с привычных путей в новые каналы, которое происходит в период полового созревания. Связи, которые, как *показал Нойссер*, существуют между яичниками, с одной стороны, и вегетативной нервной системой и процессом гематопоеза, с другой, в определенной степени подтверждают эту гипотезу, даже несмотря на то, что у нас нет точных сведений о нарушениях, происходящих в репродуктивной системе в период развития, которые могли бы повлиять на причину акромегалии.

В старых и недавних наблюдениях за психозами, связанными с менархе, недостатка нет. Со времен *Гиппократа* и по сей день власти продолжают сообщать о случаях, в которых начало менструации доказывало возбуждающую причину возникновения психозов. *Руссо* пишет о девушке во время менархе, которая до первого появления менструации страдала приступами меланхолии и склонностью к пиромании, и под влиянием последней склонности она дважды совершала акты поджога.

Согласно *Кирну*, психозы, которые проявляются в первый период начала менструации, иногда меланхолия, иногда аменция в форме легкого и преходящего маниакального расстройства, реже кататонического^[24] состояние, может предшествовать менархе, или может сопровождать его.

Особая форма психоза связана с менархе (*фон Краффт-Эбинг*, *Гризингер*, *Фридман*, *Шонталь*). Влияние, оказываемое половым созреванием в этом направлении, проявляется различными способами и является более мощным по той причине, что действуют несколько факторов, каждый из которых оказывает индивидуальное влияние на тип психического расстройства; этими факторами являются детство, развитие половой зрелости и периодичность нарушения менструального рефлекса. Последнее из названных влияний является наиболее мощным. Это проявляется следующим образом: определенные психозы, которые развиваются до начала менструации или во время подавления ее течения, претерпевают изменения при появлении менструации; далее, при типичных менструальных психозах психопатически предрасположенных девочек приступы повторяются либо в начале каждой менструации, либо, когда менструация прекращается, в те сроки, когда она должна начаться — менструальный стимул, таким образом, является возбуждающей причиной последовательных приступов в органе разума, сопротивляющиеся силы которого недостаточны; и, наконец, нарушение развития менструации может быть, не просто возбуждающая причина, но и действенная причина психоза.

В случаях последнего рода, которые наблюдались *Шонталем*, а также *Фридманом*, который очень подробно описал их под названием первичного менструального психоза, мы имеем

дело с молодыми девушками, у которых появление менструации замедлено или у которых течение было подавлено очень скоро после ее начала. Девочки, как правило, были наследственно хорошо одарены, и психоз, таким образом, появлялся без предупреждения, как гроза с ясного неба. Совершенно периодический по форме и характеру, с периодом повторения в три-четыре недели, этот психоз ясно демонстрировал свою зависимость от менструации; отдельные приступы обычно длились всего несколько дней и характеризовались отчетливым психическим расстройством в форме либо маниакального беспокойства, либо доминирующей депрессии; вазомоторные нарушения были очень выраженными, с неупорядоченным пульсом, как, например, быстрый подъем пульсовой волны непосредственно перед началом приступа, сменявшийся во время приступа соответственно быстрым снижением.

Фридманн перечисляет ряд особенностей, характеризующих эти приступы. Общее течение болезни исключительно бурное. Окончательное излечение может совпасть с определенной регуляризацией менструации; или, в случаях, когда менструация восстанавливается, но остается неадекватной, течение расстройства может стать мягким волнообразным, сильный стимул полного подавления заменяется более умеренным стимулом — однако и здесь окончательное излечение наступает, когда менструации, наконец, становятся свободными, а не регулярными. Но в разгар болезни всегда не хватает нормального развития менструации. Общая продолжительность болезни может варьироваться от всего лишь двух до девяти месяцев или даже дольше. Однако лечение, в конечном счете, является полным. Согласно *Фридману*, специфическими характеристиками этой формы пуберального психоза является сочетание нарушенного и замедленного развития менструации с бурным периодическим циклом приступов психического расстройства и, в конечном счете, благоприятное прекращение менструации.

Мастурбация.

Иногда мастурбацией занимаются в очень раннем детстве, и тогда это обычно происходит из-за какого-либо местного раздражения, как, например, когда нитевидные черви проникают во влагалище. Возникает зуд, заставляющий ребенка растирать половые органы. Это растирание вызывает приятные ощущения и приводит к повторной мастурбации. Но у девочек-подростков во время менархе возникает смутный импульс прикоснуться к половым органам, зависящий от церебральных процессов, которые сами по себе являются результатом сексуальных настроений, чтения, или бесед с сексуально обученными подругами. Этот смутный импульс может привести к мастурбации, и произойдет это раньше и более уверенно, если девушка является нейропсихопатом по наследству. Местное влияние менструальной гиперемии, однако, также играет роль в провоцировании импульса к мастурбации, поскольку при каждом менструальном цикле в половых органах возникает гиперэстетическое состояние.

Девушки, зависимые таким образом, иногда имеют очень поразительный внешний вид. Они бледны, с усталым выражением лица, их глаза тусклые и с темными кругами, их движения вялые, им нравится проводить долгое время в постели - признаки, однако, которые я ни в коем случае не хочу рассматривать как характерные для онанистов.

Темперамент и образ жизни имеют решающее значение в определении большей или меньшей частоты привычки к мастурбации у молодых девушек. Девочки страстного темперамента, а также те, кто с раннего детства привык много общаться с молодыми особами противоположного пола, и те, наконец, у кого из разговоров на эту тему с подругами или из прочтения эротической литературы сексуальное просветление произошло в раннем

возрасте, переживают пробуждение сексуального влечения раньше и с большей силой, чем флегматичные девочки, чем те, кто вырос отдельно от мальчиков, и чем те, кто был строго и заботливо воспитан. Мастурбация может возникать либо инстинктивно, либо по инструкции.

У молодых девушек мастурбация обычно осуществляется трением клитора; реже - внутривагинальными манипуляциями, поскольку это может привести к повреждению девственной плевы. Для первой цели может быть использован палец; или какой-либо другой предмет, такой как узел, завязанный на ночной рубашке, или округлый выступ на каком-нибудь предмете мебели; в одном случае трение производилось голый пяткой. Если две женщины-онанистки собираются вместе, они практикуют трибадизм, который сейчас будет описан. Возможности для такой практики особенно велики в учреждениях, в которых молодые девушки проживают в общем общежитии и спят вместе без присмотра взрослых.

Опытный врач, *Гутцайт*, придерживается мнения, что у молодых девушек в возрасте от 10 до 16 лет мастурбация в целом встречается реже, чем у мальчиков того же возраста, но, с другой стороны, начиная с 18, 19 и 20 лет, "сексуальное самоудовлетворение практикуется женщинами почти повсеместно, даже если оно не всегда осуществляется чрезмерно", мнение, которое, однако, нельзя считать окончательным. В качестве последствий мастурбации у женского пола этот автор наблюдал: белый цвет, меноррагию, увеличение и выпадение матки, боли в том или ином яичнике, истерические пароксизмы, сильную бледность.

Л. Левенфельд отмечает, что проявления сексуального влечения обычно отсутствуют в детстве. Вследствие патологических состояний, особенно таких, которые воздействуют на половые органы, вследствие случайных впечатлений или вследствие дурного примера, сексуальная страсть действительно может пробудиться в детях с наибольшей интенсивностью. Однако в норме отчетливое проявление сексуального влечения связано с определенной степенью развития, зрелости репродуктивных органов. Физиологически сексуальная страсть полностью отсутствует у молодых девушек до наступления половой зрелости.

Что касается акта сексуального самоудовлетворения, этот автор различает две формы мастурбации: (а) периферийно-механическую; (б) ментальную (психический онанизм). В первом классе случаев сексуальный оргазм вызывается исключительно или главным образом механической стимуляцией кожи или слизистой оболочки половых органов. У женского пола, в дополнение к мануальной стимуляции, для этой цели во влагалище вводится необычайное разнообразие твердых и мягких предметов. Многие женщины добиваются сексуального самоудовлетворения, потирая и прижимая бедра друг к другу, в которых задействован клитор. В психическом онанизме, напротив, как *указывает* Левенфельд, оргазм вызывается исключительно центральными стимулирующими представлениями, без помощи каких-либо манипуляций с половыми органами. Идеи, которые оказывают такое воздействие, по большей части являются похотливыми ходами мыслей или воспоминаниями о предыдущем сексуальном опыте, на котором сосредоточено внимание. Если мы хотим оценить вредность различных форм мастурбации для ума и нервной системы, психический онанизм, бесспорно, должен рассматриваться как наиболее вредный.

У женского пола онанизм, по *мнению* Левенфельда, практикуется менее широко, чем у мужского; тем не менее, у первого пола он встречается гораздо чаще, чем принято считать, факт, на котором также настаивает *Эйленбург*. Часто также у женщин врожденная невропатическая склонность играет определенную роль в возникновении мастурбации,

поскольку эта склонность принимает форму преждевременного сексуального возбуждения или чрезмерной интенсивности сексуального импульса. При отсутствии этой склонности мастурбация редко приводит к возникновению хорошо выраженных нервных расстройств, и делает это только тогда, когда практикуется в очень больших количествах. *Бирд* сообщает, что у сильных и чистокровных девушек из рабочего класса ирландской расы мастурбация, даже если она практиковалась в течение многих лет, не приводила к каким-либо заметным нарушениям здоровья.

Что касается природы нервных проявлений, встречающихся у женщин в результате мастурбации, то, согласно *Левенфельду*, в одной группе случаев развивается сексуальная форма миеластении, характеризующаяся главным образом крестцом и люмбаго, гиперестезией и парестезией в области половых органов (яичники, ^[25] зуд вульвы и влагалища и т.д.), раздраженный мочевой пузырь, кокцигодия, слабость и парестезия ног (чувство усталости и озноба), наконец, появление эротических сновидений. Во многих случаях со временем к этим симптомам присоединяются проявления церебральной и висцеральной неврастении (головная боль, бессонница, нервная диспепсия, сердцебиение), так что клиническая картина становится общей неврастенией. В дополнение к неврастеническим расстройствам могут возникать разнообразные истерические проявления.

Нарушения пищеварения.

Расстройства пищеварительного аппарата довольно часто встречаются у девочек в период полового созревания и обычно принимают форму нервной диспепсии. Преобладают нарушения чувствительности с ощущением давления после еды, иногда усиливающиеся до тошноты, позывов на рвоту, как проявления общей гиперестезии слизистой оболочки желудка, потери аппетита, пастообразного или кислого неприятного вкуса, иногда булимии, извращенных вкусовых ощущений и пироза. Особенно у хлоротичных девочек возникают периодические приступы боли, локализующиеся в эпигастрии и прилегающих к ней областях и не имеющие никакого отношения к приему пищи. Количество свободной соляной кислоты варьируется: то нормальное, то уменьшенное, иногда даже повышенное. В случаях хлороза иногда наблюдаются симптомы круглой язвы желудка. Активность кишечника обычно подавлена, перистальтика снижена, так что более или менее упорный запор является одним из наиболее частых симптомов.

Гипертрофия миндалин во время полового созревания каким-то образом связана с менструальными процессами, будь то при посредничестве нервной системы или крови. *Эйзенхарт* цитирует наблюдения, сделанные *Шассеньяк*, о девушках восемнадцати-девятнадцати лет с гипертрофией миндалин, связанной с задержкой полового созревания, с поздним началом менструаций и их скудостью, а также недоразвитой грудью; у одной молодой девушки с гипертрофией миндалин одна из грудей не развивалась должным образом, но после удаления миндалин она быстро выросла до нормального размера.

Заболевания органов дыхания.^[26]

Нередко в этот период жизни наблюдается рост зоба. Влияние полового созревания на рост органа щитовидной железы действительно утверждалось несколькими авторами; и *Нойдорфер* утверждает, что именно в период полового созревания этому органу должно быть придано важное регулирующее трофическое значение для питания и роста репродуктивных органов. *Стейнбергер* и *Слоан* сообщают о наблюдении случаев, имевших место у молодых девушек, у которых менструации сначала были регулярными, но внезапно

прекратились вследствие внешних вредных воздействий, и внезапно появился быстро растущий зуб.

П. Мюллер утверждает, что во многих регионах, как, например, в кантоне Берн в Швейцарии, где школьники с необычайной частотой проявляют наследственную склонность к образованию зоба, в детские годы эти новообразования у девочек встречаются гораздо реже, чем у мальчиков. Однако во время полового созревания это отношение полностью меняется. В то время как у мальчиков с этого времени дальнейшего роста тела щитовидной железы не наблюдается, у девочек в период полового созревания гипертрофия значительно увеличивается, так что образуются очень большие зобные образования. Тот же автор возвращается к более ранним наблюдениям *Хайденрайха* и *Шенлейна*, а также к наблюдениям *Фридрейха*, в которых это влияние полового созревания проявляется поразительно, и он считает, что опытным путем установлено, что сексуальное возбуждение может вызывать временное увеличение щитовидной железы. Он также ссылается на тот замечательный факт, что увеличение щитовидной железы, к которому склонны многие животные, происходит главным образом во время течки или гона; особенно хорошо известно, что это происходит у оленей. Аналогичным образом, во время менструации иногда может быть обнаружен временный отек тела щитовидной железы; отек усиливается, если менструальных выделений не происходит.

Болезни органов чувств.

Во время менархе в случаях, когда наблюдается задержка или какое-либо другое нарушение регулярного появления менструаций, наблюдаются поражения глаз, которые частично являются функциональными, зависят от рефлекторных воздействий, исходящих непосредственно от половых органов без органических изменений, и частично обусловлены нарушениями кровообращения. *Мурен, С. Кон* и *Пауэр* обсуждали отношения между маткой и глазами в целом, а также в этой особой связи. Из проблем со зрением во время менархе упоминаются иридохороидит, кровоизлияния в стекловидное тело, длительная слепота и паннозный кератит, которые могут либо исчезнуть с восстановлением менструации (самопроизвольной или искусственно вызванной), либо могут проявляться при таких обстоятельствах заметным облегчением. Хронические воспалительные состояния конъюнктивы, обычно экзематозной природы, которые часто возникают во время полового созревания, часто демонстрируют связь с менструальным процессом, ежемесячное обострение глазных проблем совпадает с неупорядоченными менструациями, и излечение наступает только тогда, когда менструации становятся совершенно регулярными. Также происходят опосредованные кровоизлияния в стекловидное тело, связанные с нарушениями менструации, рецидивы прекращаются, как только менструации становятся регулярными; такой случай наблюдался *участниками курса* у девочки четырнадцати лет.

Нарушения слуха наблюдались в период полового созревания у молодых девочек, пристрастившихся к мастурбации; пациентки жалуются на субъективные шумы, усиливающиеся до тех пор, пока не могут возникать настоящие галлюцинации. *Лихтенберг* сообщает о случае с крепкой девушкой восемнадцати лет, у которой за гиперемией, связанной с половым созреванием, последовала атрофия слухового нерва. Тот же автор, а также *Эшвелл, Лоу, Пуеч, Росси, Степанов* и *Жиль де ла Туретт*, опубликовали случаи опосредованного менструального кровотечения из наружного слухового прохода, происходящего у девочек в возрасте от 14 до 16, 17, 20 и 22 лет. Среди этих случаев в некоторых орган слуха был в здоровом состоянии, но в других имелись сопутствующие гнойные выделения; кровотечение из ушей происходило во время менструации, при этом надлежащие менструальные выделения отсутствовали или были скудными; после излечения

от болезни уха менструация была нормальной. По словам *Луеча*, из 200 случаев опосредованной менструации было шесть, в которых опосредованное кровотечение было из ушей.

Нарушения обоняния, принимающие форму иногда пониженной остроты этого чувства, иногда повышенной, а иногда извращенной, а также аномалии секреции слизистой оболочки носа, либо аномальная сухость, либо сильно повышенное выделение слизи, становятся предметом наблюдения в этот период жизни либо как рефлекторные проявления при посредничестве сосудодвигательных нервов во время первого появления менструации, либо как следствие хронического катарального процесса в носу, который может быть связан с мастурбацией. В случаях, когда менархе задерживается, также может возникать опосредованное носовое кровотечение, иногда очень обильное; действительно, в одном случае, о котором сообщил *Фрике*, у семнадцатилетней девушки произошло смертельное прерывание беременности. Согласно *Маккензи*, сексуальное возбуждение приводит к набуханию слизистой оболочки носа, а привычная мастурбация - к хроническому катару носа; тот же автор утверждает, что во время менструации всегда может наблюдаться набухание тел носовых раковин, и что в этом кроется объяснение того факта, что многие женщины жалуются на ежемесячный насморк в голове как сопровождение менструации.

Кожные заболевания нередки у молодых девушек во время менархе и позже как сопровождение каждой последующей менструации. Хорошо известно, что в период полового созревания девочки иногда теряют прежний красивый цвет лица и страдают от различных уродств кожи лица. Они возникают, в частности, из-за обильного выделения пота и чрезмерной секреции сальных желез, что так часто приводит к появлению акне, воспалению этих желез. Также наблюдаются экхимозы, излияния крови на кожу, особенно как форма заместительной менструации, в случаях, когда менструации нерегулярны. Когда настоящее кровотечение происходит из неповрежденной кожи, кровь находит выход через поточные протоки - возникает гематодроз; однако в некоторых случаях кровотечение происходит из участков кожи, измененных и поврежденных болезнью, из ран или других повреждений, из язв или наростов. Кровоизлияние в кожу происходит также при так называемой стигматизации, при которой менструации также отводится этиологическая роль.

В коже, замечают *Спичка* и *Грюнфельд*, во время наступления половой зрелости начинается новая жизнь, и именно она впервые придает людям внешние признаки половой зрелости. В определенных областях, которые до сих пор были покрыты только тонкими пушковыми волосками,^[27] развиваются густые, крепкие волосы, и в то же время общий рост волос становится более активным. Этими областями являются область гениталий и подмышечные впадины. Этот усиленный рост волос сопровождается усиленной секрецией сальных желез, которая очень часто превышает фактические потребности и, таким образом, может привести к косметическим нарушениям и различным заболеваниям кожи. Так возникают различные формы себореи.^[28] Наиболее распространенным из них является образование комедонов, которые во время полового созревания могут появляться, особенно на носу, лбу и под уголками рта, но также и на других частях лица или на спине и груди; то есть в тех областях, в которых сальные железы достигают значительных размеров. Задержка кожного сала может вызвать воспаление, которое при проникновении микроорганизмов превращается в нагноение. Так возникает обыкновенная угревая сыпь. При другой форме себореи,^[28] секреция имеет более жидкую консистенцию и скапливается на поверхности кожи, образуя на ней маслянистый налет — маслянистую себорею.^[28] Чаще всего это происходит на лице; если удалить жировой слой, кожа остается сухой лишь короткое время и вскоре снова

становится жирной и блестящей. Пыль легко прилипает к жирной поверхности, и это придает лицу грязный вид. Себорея на лице легко переходит в экзему.

С половым созреванием наружных половых органов связано увеличение секреции сальных желез в этих областях. На клиторе и его крайней плоти, а также на складках и в бороздах вульвы вследствие недостаточной чистоты легко образуется скопление кожного сала и отслоившихся чешуек эпидермиса; такое скопление может стать прогорклым, вызвать раздражение кожи и, таким образом, вызвать появление эрозий и гнойных выделений.

У хлоротичных девочек в период полового созревания из-за анемичного состояния крови нередко возникает экзема, особенно на руках и лице. На лице или на лбу на ограниченных участках появляются красные папулы, которые становятся везикулярными; таким образом, образуются сырые мокнущие пятна, которые имеют очень уродливый вид. Такая экзема может возникать также в связи с нарушениями менструации, когда менструации скудные и бледные, или при наличии дисменореи.

Во время, когда должна начаться менструация, но этого не происходит, иногда также, когда менструации регулярные, с каждым последующим периодом возникает сыпь крапивницы; обычно она быстро проходит, но в некоторых случаях более стойкая; из-за сильного зуда это всегда крайне неприятная жалоба. Иногда это принимает форму фактической крапивницы, при которой кожа реагирует на все виды механических раздражений, таких как трение, расчесывание или давление, которые в равной степени приводят к образованию рубцов, которые могут распространяться по всему телу. Реже в сочетании с нарушениями менструации наблюдаются острые отеки или эритема.

Наконец, мы должны упомянуть прогенитальный герпес, довольно необычное острое заболевание, при котором с сильным зудом и жжением, интенсивным покраснением и отеком припухлостью кожи на передней части клитора, нимфе и внутренней поверхности больших половых губ образуются пузырьки.

Гигиена во время менархе.

Целью рациональной гигиены является повышение сопротивляемости организма, который был подавлен процессами менархе, для того чтобы возросшие требования, предъявляемые пробужденной сексуальной жизнью, могли быть адекватно удовлетворены.

Основными средствами для достижения этой цели являются соответствующая диета, подходящий образ жизни и применение физиотерапевтических мероприятий, среди которых предпочтение следует отдавать укрепляющим и закаливающим мерам.

Диета должна быть одновременно как можно более богатой белками и легко усваиваемой, должно быть несколько, четыре или пять, приемов пищи каждый день; у больных хлорозом пищу следует принимать с регулярными интервалами в два-три часа. Мясо должно быть преобладающим продуктом в рационе, но свежие овощи также следует употреблять в изобилии из-за содержащихся в них питательных солей; следует рекомендовать овощи, богатые соединениями железа, такие как шпинат, овес, фасоль и чечевица; фрукты, сырые или вареные, также следует употреблять в значительных количествах. Ужин^[29] не должен быть слишком сочным или обильным; лучше всего его готовить из яиц всмятку, омлета или молока. Следует избегать употребления алкогольных напитков или принимать их в минимальных количествах; только в качестве желудочного средства можно рекомендовать бокал пива или легкого вина.

Больным хлорозом следует даже за первым завтраком^[29] употреблять пищу, богатую альбумином, например, значительную порцию мяса или бифштекс с булочками, маслом и чаем или кофе. Молоко следует употреблять только в небольших количествах, не более пинты-полтора в день; молоко следует давать свободно только в тех случаях, когда непереносимость твердой пищи недопустима. Пиво и вино часто полезны для девушек с хлоротиком из-за их стимулирующего действия на пищеварение и кровообращение. Полезен получасовой отдых до и после еды.

Что касается рациона питания этих пациентов, я особенно рекомендую: ростбиф и телятину, недожаренный бифштекс по-английски, ветчину; жареную оленину, зайца, куропатку, рябчика, полевого кабана, куропатку, фазана, цыпленка, голубя, индейку, устрицы; спаржу, цветную капусту и шпинат. Для разнообразия иногда можно использовать рыбу или моллюсков. Сдобный хлеб в супе или с соусом получается очень вкусным и легко усваиваемым блюдом.

Кахане рекомендует пациентам с хлорозом систематически употреблять баварское пиво в количестве примерно двух пинт в день; по его словам, это должно быть пиво довольно темного оттенка, крепкое, богатое солодом, но содержащее сравнительно небольшую долю хмеля, спирта и углекислоты. *Яворски* рекомендовал диетическое пиво с содержанием железа 4,7%. алкоголя и от 0,0317 до 0,0644%. железа.

Когда девочки одновременно малокровны и очень худы, необходимо употреблять в большом количестве продукты, содержащие жир, такие как молоко, масло и сливки, а также большое количество углеводов. Мучные изделия, рис, картофель, свекла, саго, тапиока, овсянка, ячменная мука, морковь, репа, сладкие фрукты, виноград, финики, косточки, сливы, груши и консервированные фрукты — все это должно присутствовать на столе чаще, чем обычно; напитки, помимо молока, подойдут шоколад и какао, баварское пиво и сладкие, крепкие вина.

Диетический стол таких худых пациентов с хлорозом должен быть следующим:

Первый завтрак, с 7.30 до 8 утра: Кофе или какао с молоком, или пинта молока, белый хлеб с маслом, мед. Второй завтрак, 10 часов утра: от полпинты до полпинты молока, яйцо и хлеб с маслом или бутерброды с колбасой, ветчиной или жареным мясом. Ужин в середине дня, 1 час дня: Суп, жареное мясо с овощами и картофелем или вместо супа может быть рыба, затем сладости. Вторая половина дня, 4 часа дня: Кофе с молоком или пинта молока с хлебом и маслом. Ужин, 7.30 часов вечера: тарелка мяса с гарнирами. Вечер, 9 часов вечера: Стакан молока.

При лечении анемической формы ожирения, которой подвержены хлорозные пациенты высших категорий вследствие малоподвижного образа жизни и перекармливания, диета должна быть составлена таким образом, чтобы преобладали альбумины, в то время как углеводов следует давать мало, а жира - как можно меньше. В качестве средних количеств пищевых элементов, необходимых в таких случаях, я предлагаю 200 граммов альбумина, 12 граммов жира и 100 граммов углеводов.

Количество потребляемой жидкости должно быть как можно меньшим, поскольку недостаток воды может привести к пропорциональному увеличению содержания твердых компонентов в крови и, таким образом, увеличить содержание в ней гемоглобина.

Количество физических упражнений, которым подвергаются молодые девушки в этот период жизни, должно варьироваться в зависимости от обстоятельств каждого отдельного случая. В

целом, мы можем порекомендовать им много активных движений, особенно на открытом воздухе, чтобы противодействовать последствиям малоподвижного образа жизни и заточения в тесных помещениях. Однако больные хлорозом должны соблюдать осторожность, чтобы не переусердствовать с физическими нагрузками, и в некоторых случаях необходимо будет очень строго ограничить их количество. В тяжелых случаях хлороза *Нотнагель*, *Хайеми* другие авторитетные специалисты рекомендуют полный покой в постели в течение от четырех до шести недель. Этот отдых можно проводить, насколько это возможно, на открытом воздухе и сочетать с систематическим массажем и использованием пассивных движений.

Я составил следующую диетическую таблицу для пациентов с хлорозом, страдающих ожирением:

	Количество в граммах.	Содержит альбумин.	жиры.	углеводы.
Утро:				
Бифштекс	100	38.2	1.7	=====
Чашка чая	150	0.45	=====	0.9
Белый хлеб	30	2.9	0.2	18.0
Полдник:				
Мясной суп	100	1.1	1.5	5.7
Жареное мясо	200	76.4	3.4	=====
Овощи	50	0.8	0.2	4.2
Белый хлеб	50	4.8	0.4	30.0
Легкое вино	150	=====	=====	1.0
Вторая половина дня:				
Чашка кофе	120	0.2	0.67	1.7
Белый хлеб	25	2.4	0.2	15.0
Вечер:				
Жареное мясо	200	46,4	3,4	=====
Овощи	25	0,4	0,1	2,1
Вино	150	=====	=====	=====
Белый хлеб	30	2,9	0,2	18,0
Всего в около 1300 калорий.	1380	206,97	11,92	97,6

Для молодых девушек в этот период жизни систематические гимнастические упражнения обычно ценны не только для укрепления мышечной системы и улучшения телосложения в эти годы роста, но и для содействия функциям дыхания, кровообращения и пищеварения. Начиная с самых простых упражнений камерной гимнастики, девушка постепенно переходит к более сложным и продуманным упражнениям и использованию медико-механических приспособлений.

Одежде молодых девушек во время менархе должно уделяться такое пристальное внимание, что следует отказаться от всех предметов одежды, которые усиливают уже существующую тенденцию к гиперемии половых органов или создают какие-либо препятствия кровообращению в целом. Прежде всего, врач должен принять участие в борьбе, к которой так долго и тщетно призывали против корсета. Но, кроме того, вся тесная одежда, например, ограничивающая свободу движений грудной клетки и живота, тесные воротнички и тесные подвязки — все это должно быть запрещено; более того, чрезмерно теплое нижнее белье, особенно нижних конечностей, которое может стимулировать половые органы, также должно быть запрещено.

Что касается ночных часов, то толстая перина не подходит. Молодая девушка должна спать на волосяном матрасе, а постельное белье должно быть легким. Достаточно поспать восемь-девять часов; по словам английской пословицы, “рано ложиться и рано вставать - вот способ быть здоровым, богатым и мудрым”.

Жить по правилам, с регулярными часами работы и подходящими паузами для отдыха, имеет огромное значение. Среди обеспеченных классов также следует позаботиться о том, чтобы девочка-подросток занималась умеренными физическими упражнениями в течение нескольких часов ежедневно; она должна хорошо гулять, а не проводить час за часом, лежа на диване в праздных грезах. Слишком долгое сидение, будь то за шитьем или за пианино, вредно; работа за швейной машинкой допустима только в течение короткого периода времени, и действительно, в этот период жизни ее лучше вообще избегать. Езда на велосипеде также является неподходящим упражнением в этом возрасте и легко приводит к мастурбации. С другой стороны, большой теннис и крокет - очень подходящие активные игры на открытом воздухе; зимой можно кататься на коньках, если принять надлежащие меры предосторожности против простуды; летом - плавать и грести. Чтение легкой литературы должно находиться под наблюдением; двусмысленные романы, которые могут вызвать эротические грезы и чувственное возбуждение, должны быть строго запрещены. Следует следить за любыми признаками привычки к мастурбации; и если такая привычка существует, следует принять соответствующие меры.

Гидротерапевтические процедуры и ванны имеют большое гигиеническое и терапевтическое значение для девочек в период менархе. У здоровых девочек в этот период жизни ценным средством для закаливания всего организма являются холодные ванны с обтиранием губкой продолжительностью одну-две минуты при температуре воды от 10 ° до 20 ° C. (от 50° до 63 ° F.), принимаемые либо утром при подъеме, либо непосредственно перед отходом ко сну; не менее полезны ванны с холодным душем продолжительностью от нескольких секунд до полуминуты. Если у девушки легкая анемия, ей будет полезно выпить стакан теплого молока или чашку чая за полчаса до принятия ванны, чтобы уберечься от слишком сильного отвода тепла. Также может быть рекомендовано холодное купание в реках, если таковое имеется. В случаях, когда присутствует значительная степень анемии или хлороза, следует избегать холодных ванн и любой формы сильной механической стимуляции с использованием воды, обливаний и тому подобного, поскольку мы должны опасаться как чрезмерного отвода тепла, так и чрезмерной стимуляции нервов. У таких

анемичных и хлоротичных пациентов освежающий и стимулирующий эффект оказывают либо частичное обмывание теплой водой, либо общие чуть теплые ванны, температуру которых можно постепенно и осторожно снижать либо при вставании, либо перед сном.

У девочек, которые в других отношениях здоровы, но у которых менархе задерживается и у которых менструации, когда они начались, были скудными и нерегулярными, часто полезны холодные сидячие ванны короткой продолжительности с одновременным обливанием живота со значительной высоты или ванны с холодным душем в сочетании с сильными обливаниями живота.

Недавно *Шольцем* и *Шубертом* девочкам, страдающим хлорозом, были особенно рекомендованы ванны с горячим воздухом и паром в сочетании с кровопусканием, но также и без него. *Кюне*, например, наблюдал наиболее удовлетворительные результаты после простого применения обливательных ванн в случаях хлороза; улучшение проявлялось увеличением содержания в крови эритроцитов, увеличением содержания гемоглобина и увеличением массы тела. В случаях хлороза *Трауготт* также наблюдал благоприятные результаты после применения горячих воздушных ванн и последующего потоотделения.

Совсем недавно *Дехио* и особенно *Канифоль* рекомендовали горячие ванны для девочек, страдающих хлорозом. В пятидесяти случаях хлороза, при которых другие методы лечения дали отрицательные результаты, *Канифоль* давала три раза в неделю ванны при температуре 40 ° C (104 ° F.), длившиеся сначала четверть часа, но позже и полчаса. После ванны, у тех, кто был достаточно силен, чтобы выдержать ее, следовал очень короткий холодный душ или обтирание холодной губкой; затем пациенту приходилось лежать в течение часа. Лечение продолжалось от четырех до шести недель. Каждая ванна сама по себе оказывала заметный освежающий эффект на этих пациентов, и в конце курса у большинства пациентов наблюдалось улучшение всех симптомов, которого не смогли добиться другие методы лечения.

Благоприятное воздействие, оказываемое этими горячими ваннами, а также паровыми ваннами, легкими ваннами, солнечными ваннами, влажными обертываниями и подобными потогонными мерами, может быть частично объяснено обезвоживанием организма, которое достигается таким образом; в то время как те, кто придерживается теории аутоинтоксикации хлороза, могут рассматривать потоотделение как средство для выведения вредных веществ из организма.

Пациентам, страдающим анемией и хлорозом в этот период жизни, может быть рекомендовано купание в воде, обогащенной углекислотой, по той причине, что такие ванны можно переносить при более низкой температуре, чем ванны с обычной водой. Природные минеральные воды, содержащие свободную углекислоту, и щелочные воды, богатые углекислотой, при использовании в качестве ванн эффективны главным образом благодаря содержащейся в них углекислоте, которая стимулирует кожу; этот стимул передается нервной системой от периферии к нервным центрам, отражается оттуда и при облучении оказывает ускоряющее действие на все процессы питания. Эти ванны обычно принимают при температуре, постепенно снижаемой с 32 ° C до 25 ° C (от 90 ° F. до 77 ° F.), и каждая ванна длится от десяти до двадцати минут; в большинстве случаев их принимают только через день. Молодым девушкам, у которых менархе задерживается, а также пациенткам с хлоротикой, аменореей и невралгическими проявлениями, показаны ванны с меланитовым торфом, которые воздействуют на периферические нервы путем мягкого, но значительного термического воздействия. Кроме того, было показано, что эти ванны с меланитовым торфом повышают содержание гемоглобина, количество эритроцитов и удельный вес крови,

временно после каждой ванны, но в некоторой степени и постоянно, определенное увеличение сохраняется и после окончания курса.

Молодых девушек, страдающих от нарушений общего состояния здоровья, обусловленных золотушным или рахитическим заболеванием тела, с пользой можно отправлять на соляные ванны, особенно в такие, которые расположены в Альпах или других горных регионах. Эти слабые, лимфатические, золотушные девушки, страдающие скудными или нерегулярными менструациями, также могут с пользой практиковать морские купания, особенно в местах водопоя на морском побережье, где сильные волны. Однако в таких случаях рекомендуется в первую очередь принимать ванны с искусственно подогретой морской водой, прежде чем приступить к настоящему купанию в море.

Если чувствительность больной хлорозом настолько велика, что она не может переносить ни торфяные ванны, ни ванны с минеральной водой, содержащей углекислоту, мы должны добавить к последним, чтобы смягчить их действие, отвары ромашки, пшеничных отрубей, солода и тому подобное.

В случаях, когда преобладают нервные симптомы, при апатичном, меланхолическом расположении духа, иногда полезны ванны с ароматическими травами. Для этой цели следует использовать такие травы, которые содержат значительное количество эфирных масел, такие как шалфей (*salvia officinalis*), дикий тимьян (*thymus serpyllum*), иссоп (*hyssopus officinalis*), дикий майоран (*origanum vulgare*), рута (*ruta graveolens*), архангел (*archangelica officinalis*), левистикум (*levisticum officinale*). Не менее полезны бальзамические ванны из сосновых иголок, для которых используется жидкость, полученная путем перегонки сосновых иголок (*pinus sylvestris*), свежесобранных изо дня в день.

Что касается климатических условий, подходящих для девочек-подростков, страдающих нарушениями менархе, связанными с ними нервными расстройствами и хлорозом, то особенно рекомендуется проживание либо в горах, либо на побережье. Высота около 1200 метров (4000 футов) является наиболее подходящей, поскольку именно на ней наиболее полно проявляются особенности горного климата. Необходимо принимать во внимание влияние такого климата на гематопозз, а также его особое влияние на менструальную функцию.

Несмотря на то, что пока нельзя считать полностью установленным, является ли увеличение, наблюдаемое *Вуо*, *Эггером* и *Мерсье*, в крови количества кровяных телец и гемоглобина в результате проживания в горном климате, длительным или просто временным, все же несомненно, что такое проживание благоприятно влияет на гематопозэтические органы, и что хорошие результаты усиливаются стимулирующим действием упражнений на горном воздухе на аппетит и пищеварение. *Ломбард*, кроме того, заметил, что на большой высоте менструальные выделения более обильные, а дисменорея встречается реже. Поэтому молодым девушкам, страдающим от раздражительных состояний сердца, учащенного пульса или повышенного артериального давления, а также тем, у кого сопротивляемость организма недостаточна, может быть рекомендовано посещение горного оздоровительного курорта, расположенного среди лесов. Для золотушных девушек особенно подходит поездка на побережье Северного моря. При легких формах анемии может быть рекомендовано морское путешествие, в ходе которого можно более полно и в течение более длительного периода получать пользу от морского воздуха; но такое путешествие совершенно не подходит для тех, кто страдает тяжелой формой анемии или хлороза.

Таким очень слабым, сильно анемичным и хлоротичным пациентам следует провести зиму на каком-нибудь южном курорте.

Кожа, на которой так часто возникают нарушения во время менархе, требует тщательного ухода, тем более что именно в этом возрасте молодые девушки больше всего нуждаются в своих личных чарах. Кожу лица, которая часто обезображена комедонами и угревой сыпью, необходимо тщательно оберегать от скопления кожного сала в сальных железах путем тщательного мытья теплой водой с хорошим мылом. Если себорейная^[30] процессы в этих железах становятся тяжелыми, обычное мыло непригодно, и необходимо использовать калийное мыло, такое как *sapo viridis* или *spiritus saponatus kalinus*, которые обладают большой способностью растворять жиры.

Согласно *Спичке* и *Грюнфельду*, лучшим способом борьбы с себореей является следующее: Умывание лучше всего проводить по вечерам, когда кожа в течение многих часов не будет подвергаться воздействию свежего воздуха, ветра или пыли. Налейте в таз примерно пинту теплой воды и добавьте от одной до двух чайных ложек мыльного спирта (эквивалент *linimentum saponis* из Британской фармакопеи) или столько мягкого мыла, сколько можно насадить на кончик столового ножа. Затем воду энергично размешивают до образования хорошей пены и тщательно моют лицо водой и пеной. Затем кожу необходимо тщательно высушить, а затем хорошо смазать ее каким-нибудь жирным веществом, таким как борный вазелин, чтобы предотвратить закупорку пор пылью и защитить выделяющееся впоследствии кожное сало от высыхания. На следующий день умывание следует повторить только в том случае, если лицо покрылось кожным салом в течение часа или двух после первого умывания. Если экссудат менее обильный, следует промыть свежей водой только глаза, в то время как остальную часть лица смачивать не следует, а просто протереть сухим полотенцем для лица, слегка припудренным туалетной пудрой, чтобы удалить любое скопление кожного сала.

Кожа в области половых органов должна быть тщательно очищена, особенно в случаях, когда имеется склонность к гиперсекреции сальных желез, экземе или прогенизирующему герпесу; впоследствии ее следует припудрить, а в губные борозды положить подушечки из впитывающей ваты, посыпанные туалетным порошком.

Очень важно, чтобы у девочек в этот период жизни гинекологическое обследование проводилось только в случаях крайней необходимости, и это ограничение должно быть особенно жестким в случае девочек с невропатической предрасположенностью. Были отмечены случаи, когда вагинальное обследование, введение вагинального зеркала или использование маточного звука определяли начало психоза. Еще в большей степени сказанное относится к местному лечению гинекологических заболеваний. Многократное проведение зондирования матки, прижигание шейки матки и манипуляции гинекологического массажа производят очень глубокое впечатление на ум девушки и порождают болезненные идеи и эротические бури, так что даже у лиц с крепким телосложением могут возникнуть различные неврозы, неврастенические состояния и даже психические расстройства. Если в таких случаях, особенно у девочек с невропатическим темпераментом, гинекологическое лечение совершенно необходимо, следует предпочесть единственную, хотя и энергичную, оперативную процедуру ряду последовательных, хотя и предпринимаемых по отдельности менее обширных манипуляций на женских половых органах и в них. Важность этого утверждения неоднократно подтверждалась. *Заенгер*, например, указывает как факт, вызывающий сожаление, что прижигание матки мягкими каустиками проводится слишком часто; а *Одебрехт* с той же точки зрения провозглашает преимущество однократного выскабливания по сравнению с более мягкими внутриматочными инъекциями, повторяющимися в течение курса лечения, длящегося много месяцев. С другой стороны, врач должен иметь в виду факт, установленный регистрацией

очень большого числа случаев, что у женщин, предрасположенных к психозам, тяжелые гинекологические операции склонны приводить к фактическому появлению психических расстройств или к обострению психических расстройств, которые ранее были очень легкими или только угрожали проявиться. Необходимо тщательное рассмотрение, с одной стороны, тяжести заболевания половых органов, а с другой - способности к сопротивлению, темперамента и конституции соответствующей девушки, и во многих случаях целесообразна консультация гинеколога и невролога.

Очень сильное влияние на физическое и моральное благополучие девочки в период полового созревания оказывает ее домашнее воспитание. Общая истина *высказывания* Гете о том, что обстоятельства, в которых мы рождаемся, оказывают определяющее влияние на всю жизнь, является общепризнанной, и мы должны помнить, что это с особой силой применимо в случае девочек.

Образовательные взгляды, которые в настоящее время распространяются среди десяти тысяч высших слоев населения, никоим образом не рассчитаны на воспитание женщины, здоровой телом и здравомыслящей. С того момента, как молодая девушка становится сексуально развитой, требования, которые предъявляет к ней общество, становятся настоящими. Каждый день с помощью ряда стимулов ее любопытство и желания направляются в сексуальную сторону. Посещение музеев, картинных галерей и театров, чтение современных романов, свободное общение полов во всех увеселительных заведениях — все это в совокупности преждевременно пробуждает инстинкт, которому "старомодные" методы воспитания позволяли дремать гораздо дольше. В других случаях материнский надзор за развивающейся девочкой затруднен и оказывается недостаточным, потому что сама мать занята своими общественными обязанностями и часто бывает вдали от дома. Кроме того, молодой мозг перегружен умственной работой, внушается современная идея равенства полов в вопросах любви, искусственно вызывается и подогревается определенным праздным тщеславием желание потакать "естественным" инстинктам — проявлять сексуальную страсть и потакать ей до изнеможения — и, таким образом, скромность, столь естественная и так подобающая молодым девушкам, полностью утрачивается. Возвращенные на такой почве неврастенические и истерические состояния, нарушения менструации и мастурбация не могут не расцвести.

В этих отношениях также необходимы перемены и должен быть внедрен такой способ воспитания, при котором устраняется все, что может воспламенить сексуальное влечение. Для девочки-подростка должно быть организовано систематическое чередование работы и отдыха. От больших развлечений, где она будет общаться с молодыми людьми, от театров, вечеринок и балов молодую девушку во время менархе, в период начала менструации, следует, насколько это возможно, удерживать подальше, и такие удовольствия следует приберечь для более продвинутой стадии этого периода развития. Необходимо избегать интеллектуального перенапряжения, чрезмерной нагрузки на молодую голову; приобретение знаний должно происходить постепенно и медленно и таким образом, чтобы оно соответствовало индивидуальным особенностям. Общение с подругами также требует наблюдения за моральными качествами этих последних. Следует избегать религиозных мечтаний, но также следует избегать современного нигилизма в отношении религии и хорошей морали. Книги должны быть тщательно подобраны, чтобы воображение оставалось чистым и чтобы девичьи иллюзии не были преждевременно разрушены. Домашние развлечения в виде игр, музыки, пения, рисования и других форм художественной культуры имеют важное значение для развития напряженной способности к обучению. Путешествия

по регионам, где красивые пейзажи, являются наиболее ценным средством для облагораживания интеллекта и эмоций.

Дополнительными вопросами, требующими внимания, являются, как уже упоминалось, соответствие рациона питания и надлежащие физические упражнения. Следует избегать всех стимулирующих продуктов питания, запретить чрезмерное употребление мяса и предписать достаточное количество смешанной диеты, содержащей как животные, так и растительные вещества. Чай и кофе следует употреблять как можно реже, а алкогольные напитки должны быть категорически запрещены. Регулирование работы кишечника имеет огромное значение. Молодым девушкам следует приучить себя опорожнять кишечник каждый день в определенное время, причем лучшее время для этого - либо сразу после подъема, либо сразу после завтрака. Запор очень часто приводит к возникновению раздражительных состояний половых органов.

В качестве счастливого примера современного прогресса мы можем указать на то, что практика определенных физических упражнений действительно вошла в моду у молодых девушек. Гимнастика с тренажерами или без них, плавание, катание на коньках и большой теннис включают в себя ряд полезных для здоровья движений тела; и в связи с большинством из них наслаждение свежим воздухом оказывает дополнительное благоприятное воздействие. Однако езда на велосипеде в этот период жизни вызывает множество возражений не только из-за вероятности прямого повреждения половых органов в процессе их развития, но и из-за импульса, который она вызывает к онанистическим манипуляциям.

Особое внимание необходимо уделять одежде, в отношении которой требования моды так часто вступают в противоречие с требованиями гигиены, причем победа, к сожалению, в большинстве случаев достается первой. Период менархе действительно обычно считается подходящим временем для того, чтобы молодая девушка начала носить корсет, если его не надевали раньше. В этой связи *М. Рунге* делает важное замечание: “До тех пор, пока лиф и юбка образуют два основных предмета женской одежды, без корсета или какого-либо подобного изделия нельзя обойтись. Порочными чертами корсета являются его сужение грудной клетки с целью придания женщине ‘фигуры’ и введение в его материал полос китового уса или стали для придания упругости фигуре. Вред, наносимый первым признаком, сдавливанием внутренних органов брюшной полости, печени корсетом (шнуровка печени, суженная печень, нем. *Шнюрлебер*), подвижная почка и т.д. — все они настолько хорошо известны, что в их особом описании нет необходимости. Но сильное давление сверху оказывает вредное воздействие и на внутренние половые органы, приводя к пассивной гиперемии и смещениям. ‘Кости’ корсета принимают участие в сжатии, и они заменяют функции мышц спины. Если женщина, которая долгое время носила корсет, откладывает его в сторону позже в жизни, она жалуется, что больше не может держаться прямо. Вследствие недостаточной работы мышцы спины стали неспособны удерживать спину прямой. Следовательно, корсет не должен ни стеснять тело, ни содержать ‘кости’. Однако для поддержки юбки и нижних юбок, обтягивающих нижние конечности, необходим предмет одежды, аналогичный корсету. Эти последние обычно закрепляются с помощью лент, которые опоясывают тело выше гребня подвздошной кости. Для обеспечения достаточной фиксации этих лент эта область тела сжимается корсетом. Таким образом, бремя юбки и нижних юбок ложится на борозду над тазом и ниже или в области задних или ложных ребер, которая по большей части создана искусственно. Все это плохо. Чтобы избежать необходимости в каком-либо стеснении, нижние юбки должны быть пристегнуты к корсету, и этот последний должен поддерживаться на плечах с помощью бретелек или подтяжек,

перекрещивающихся сзади. При этом не происходит сдавливания грудной клетки, и если корсет имеет подходящие поддерживающие мешочки для груди, а носительница привыкла держать себя прямо, фигура хорошо сложенной женщины, одетой таким образом, далеко не неприятна и, прежде всего, естественна. Если вес юбки и нижних юбок слишком велик, чтобы их можно было нести на плечах, нагрузку можно разделить, прикрепив одни к корсету, другие обвязав вокруг талии. Этот метод заслуживает меньших похвал, но его можно рассматривать как допустимый средний курс. Если сорочка и панталоны сшиты из одного куска, как в 'комбинации' нижнего белья, то к корсету нужно прикрепить на одно изделие меньше. В последнее время в соответствии с этими принципами был изготовлен ряд корсетов и предметов одежды.

“Таким образом, подрастающая девочка может носить мягкий корсет с бретельками, сшитый по мерке, к которому должны быть прикреплены все предметы одежды, закрывающие части тела ниже талии. К сожалению, следует признать, что этот рациональный способ организации одежды не может быть адаптирован к 'низкому платью', которого этикет требует во многих случаях для вечернего выхода, поскольку с последним нельзя носить бретельки.

“Женщинам крайне негигиенично носить, как они это часто делают, широко открытые панталоны. Как чистота, так и потребность в постоянном тепле требуют, чтобы эта одежда была застегнута между бедрами, не говоря уже о других причинах”.

Чтобы уменьшить сексуальное влечение у девочек в период менархе, когда это влечение развилось преждевременно или является ненормально интенсивным, и даже в более поздние годы с той же целью, необходимо не только, чтобы диета была подходящей и не стимулирующей и чтобы образовательная среда была удовлетворительной, но прежде всего, чтобы были регулярные занятия и регулярная физическая активность. *Риббинг* справедливо обращает внимание на свой опыт общения с животными, который показывает, что в равной степени и в случае с жеребцом, и в случае с кобылой вся жизнь может без труда пройти в полном воздержании от сексуального удовлетворения, при условии, что диета подходящая, не слишком богатая и не скудная, и что у животного есть регулярные занятия, характер и степень которых соответствуют его силам. У этих животных действительно иногда можно заметить некоторое беспокойство, неугомонность, угрюмую раздражительность и т.д., Но эти проявления должны быть преодолены сочетанием мягкости и твердости, которым время от времени помогают также мягкие наказания, но в целом без какой-либо суровости.

“Целомудрие, - говорит *Эстерлен*, - возможно только тогда, когда образ жизни прост и регулярен и характеризуется соответствующим самообладанием и бережливостью. По этой причине это редко встречается во дворцах и подобных местах, где с юности каждый может делать все, что ему заблагорассудится; но столь же мало это реально осуществимо в условиях бескультурия, грубости и бедности”.

С точки зрения воспитания важно то, что *Моро* написал сто лет назад: “При обычном течении природы молодая женщина во время первого появления менструации все еще в полной мере обладает теми приятными качествами непорочности и целомудрия, которые мы привыкли обозначать термином *нравственная девственность*. Для благородного и чистого духом мужчины этот прекрасный атрибут расцветающей женственности гораздо дороже и достойнее физической девственности. Только развратники считают последнее наиболее ценным достоянием, поскольку оно дает мощный стимул их пресыщенному воображению. Но моральная девственность и физическая девственность не всегда и не обязательно связаны, поскольку и то, и другое может присутствовать в отсутствие другого. Физическая девственность может быть разрушена различными формами насилия, и все же моральная

девственность может оставаться чистой и невредимой среди ее руин. Таким образом, эти двое сильно отличаются друг от друга, они также сильно отличаются по ценности и значению”.

То, что *Эйленбург* говорит относительно профилактики сексуальной неврастении в целом, верно и в отношении сексуальной жизни девушки в этот период жизни. “Что необходимо, ” пишет он, “ так это контроль воспитательных воздействий с учетом того, что, с одной стороны, сексуальная возбудимость развивающейся молодежи должна быть уменьшена и удерживаться в рамках, и что, тем не менее, с другой стороны, молодым людям должно быть предоставлено срочно необходимое просвещение в надлежащее время и в подходящей форме. То, как эти цели должны быть достигнуты, не может быть объяснено в общеприменимых положениях. Это вопрос, который следует оставить на усмотрение родителей и других членов семьи, которые будут руководствоваться приобретенным ими пониманием ментальной жизни тех, кого это касается. Дети, склонные к онанизму, должны находиться под тщательным наблюдением днем и ночью; они должны быть защищены от всего возбуждающего и от дурного общества; в школах-интернатах именно общие общежития требуют самого строгого, самого тщательного и самого постоянного контроля. В случае аутоонанистов, как женщин, так и мужчин, мы должны исследовать возможное существование местных стимулирующих воздействий, среди которых у обоих полов следует упомянуть оксиурис — но, по правде говоря, такие локальные условия редко являются возбуждающей причиной мастурбации. Здоровый образ жизни в отношении одежды, сна и питания, а также систематическая практика физических упражнений до значительного переутомления являются наиболее эффективными средствами противодействия пагубной склонности к онанизму”.

Высокая степень свободы, предоставляемая девочкам с самого раннего возраста, как уже утверждал *Руссо*, никоим образом не способствует сохранению девственности.

Мудрая мать или наставница может многое сделать для сохранения физической и моральной девственности, просвещая свою дочь или ученицу в нужное время и надлежащим образом относительно природы сексуальных процессов и их значения для всей жизни женщины. Невежество в этом отношении, равно как и псевдонаучность, влечет за собой множество опасностей. Я считаю необходимым, чтобы девочка-подросток своевременно узнала от своей матери о природе менструации, иначе она сначала получит просвещение неподходящим образом от какой-нибудь более опытной подруги. Мать должна объяснить, что надвигающийся приток крови - это естественный процесс, не сопряженный с опасностью, но необходимый для сексуальной жизни и характерная часть процесса “взросления”.

Сложная и важная тема о том, как молодая девушка может наилучшим образом получить сексуальное просвещение от своей матери, обсуждается *Э. Стил* в ее известной работе “Материнский долг”.^[31] Автор указывает, что это просвещение не должно происходить внезапно и без видимого мотива, но что мать должна мягко и постепенно знакомить своего ребенка с тайнами природы. Можно начать с того, что научить ребенка наблюдать за природой и ростом растений; затем его можно заинтересовать семейной жизнью животных; и таким образом будет найден простой способ ответить на вопросы, связанные с размножением, — ответить на них правдиво и приличествующим образом.

Пусть мать укажет своему ребенку методы, используемые природой для сохранения жизни молодого растения; пусть она продемонстрирует в цветке тычинки и пестик как мужские и женские органы соответственно; и пусть она объяснит, как, когда пыльцевое зерно достигает

крошечной семяпочки в завязи и оплодотворяет ее, эта семяпочка становится способной развиться в крупное семя, содержащее активное зачаточное растение, которое само разрастается и становится новым взрослым экземпляром своего вида. Тогда можно воспользоваться случаем, чтобы привлечь внимание к сходству между маленькими семяпочками в завязи цветка и мельчайшими яйцеклетками, посредством которых все живое воспроизводит свой вид. Продолжая, молодая девушка действительно нуждается в серьезном и тщательном ознакомлении со святостью и ответственностью, опасностями и обязанностями сексуальной жизни, прежде чем она выйдет замуж или перейдет к экономически независимому образу жизни.

Не только в Америке и Англии, но теперь и в Германии существуют превосходные книги, которые действительно можно дать в руки растущей девочке, с помощью которых она в разумной форме познакомится со знанием метода размножения у человеческого вида.

Достаточно часто, когда матери не хватает разума или сочувствия, долгом врача является просветить маленькую девочку. Толкователем таких вестей в момент зарождения любви будет семейный врач, к которому девушка и ее семья уверенно привыкли обращаться за информацией о состоянии тела и самочувствии. Он привык снимать многие вуали, не нарушая девичьей скромности. Таким образом можно предотвратить многие сексуальные расстройства и многие сексуальные аберрации.

Теперь необходимо установить определенные гигиенические правила. Прежде всего, необходимо соблюдать строжайшую чистоту не только в промежутках между менструациями, но и во время них. Необходимо преодолеть предубеждение против смены нижнего белья во время кровотечения и позаботиться о том, чтобы в это время наружные половые органы дважды в день промывали водой с температурой от 26 ° C до 28 ° C (около 80 ° F.) и комом впитывающей ваты или куском чистого белья (губки для этой цели использовать нельзя); необходимо менять любой предмет нижнего белья, который испачкался кровью. Наиболее полезными являются так называемые “гигиенические полотенца”, изготовленные из стерилизованной впитывающей ваты, прикрепленные к льняной ленте, которая окружает талию, или можно использовать простые прокладки из впитывающего материала, удерживаемые на месте с помощью бинта. Во время менструации следует избегать полных ванн, теплых или холодных, а также длительных прогулок, верховой езды, длительных поездок по железной дороге, гимнастики с тренажерами или без них, катания на коньках, большого тенниса и велосипеде; танцы, прежде всего, должны быть запрещены, поскольку они сопряжены с сочетанием нескольких вредных воздействий — очень активные движения, которые вызывают гиперемии половых органов, сексуальное возбуждение, потерю сна, долгие часы, проведенные в тесных помещениях, длительную добровольную задержку мочи и риск простуды. Пение также необходимо прекратить во время менструации, так как в противном случае очень вероятно повреждение голоса. Определенное ограничение физической и умственной активности указано в качестве общей меры предосторожности во время менструации, но эта мера не должна быть чрезмерной, чтобы не выработалась привычка полностью отдыхать в течение менструации, проводя дни на диване. От излюбленной практики принятия горячих ванн для ног в случаях скудных менструаций следует отказаться. Однако в конце каждой менструации следует принимать тепловатую ванну. Полученные нами знания о ритмичном процессе “менструальной волны” (см. стр. 19 и последующие) указывают на практический вывод о том, что врач должен обращать свое внимание не только на сам период менструации, но также, и в большей степени, чем это было принято до сих пор, на предменструальный период, в который температура, кровяное давление и выделение мочевины достигают своего пика; особенно это следует делать с

целью предписания соответствующих гигиенических мер предосторожности в случаях, когда менструальные выделения очень обильные или чрезмерно интенсивные. при которых нервные проявления сопровождают менструацию.

Важно также, чтобы врач принял меры предосторожности против практики молодыми девушками чрезмерно длительного добровольного удержания мочи, приводящего к чрезмерному растяжению мочевого пузыря; также против выполнения очень активных движений и мощных мышечных усилий, когда мочевой пузырь находится в растянутом состоянии. Все это может привести к смещению матки.

Во время менструации рацион должен быть достаточным, но без стимулирующих элементов. При сильном избытке менструальных выделений следует запретить крепкий чай и кофе, вино и пиво; и наоборот, при скудных менструациях особенно показана бодрящая диета и употребление крепких вин. Согласно исследованиям *Т. Шрейдера*, для поддержания азотистого баланса во время менструации необходимо придерживаться следующего ежедневного рациона, представляющего тепловую ценность от 2 013 до 2 076 калорий:

125-150	граммов мяса птицы.
100	граммов сливочного масла.
125-140	граммов белого хлеба.
150	граммов черного хлеба.
70-80	граммов яиц.
600	граммов кофе.
600	граммов супа.
560	граммов сельтерской воды.
20	граммов соли.

Девушкам с хлоротиком во время менструации может быть рекомендована следующая диета. Перед вставанием следует выпить пинту молока маленькими глотками в течение не более получаса; на первый завтрак (см. Примечание к стр. 112) - чай или кофе с большим количеством молока, значительная порция мяса (ростбиф, холодная птица, котлеты или бифштекс); на второй завтрак - стакан молока, хлеб, масло и пара яиц; на ужин - хорошая порция свежего мяса, приготовленного так, чтобы оно легко переваривалось, зеленые овощи, картофель, мучные изделия. пудинг, компот из фруктов и бокал бургундского или кларета; в 4 часа дня - кофе с хлебом и маслом или стакан молока; в 7 часов вечера - блюдо, аналогичное обеду в середине дня, но более легкое; ужина нет. В этом диетическом столе, калорийность которого составляет около 2200 калорий, альбумин и жир присутствуют в избытке (182,8 грамма альбумина и 763 грамма жира), но углеводы только в небольшом количестве (176,9 грамма).

Тем больным хлорозом, которым трудно переваривать большое количество мясного фарша, необходимо обеспечить необходимое количество альбумина за счет увеличения количества молока, супа и белых сортов мяса (курицы и т.п.), а также значительного количества более легко перевариваемых овощей с фруктами, пивом и небольшим количеством бордо. Для таких случаев *Деске* составил следующую диетическую таблицу, содержащую 3290 калорий

и 150 граммов альбумина, 110,7 грамма жира и 449,6 грамма углеводов; мясо дается только один раз в день:

7.30 Утра—

Полпинты молока, 50 граммов булочки, 10 граммов сливочного масла.

10 Утра—

300 г яблок, клубники или клюквы, 50 г рулета, 10 г сливочного масла.

12.30 вечера—

200 граммов бифштекса, 100 граммов макарон, 300 граммов хлеба, 400 граммов шпината, 200 граммов тушеных яблок или крыжовника.

4 часа дня—

200 грамм растительно-пептонного какао, 50 грамм булочки, 10 грамм сливочного масла.

7.30 вечера—

200 грамм рисового бульона, 500 грамм пахты, 100 грамм хлеба, 10 грамм сливочного масла, 200 грамм салата, 300 грамм сырых груш, 40 грамм творога.

В случаях обильной метроррагии у девочек *фон Винкель* рекомендует в дополнение к отдыху в лежачем положении соблюдать диету, содержащую большое количество жидкости и много легкоусвояемых белковых питательных веществ, избегать всех стимулирующих продуктов и тех, которые могут вызвать тошноту и рвоту. Он приводит следующую диетическую таблицу:

7 Утра—

250 граммов молока.

9 Утра—

250 грамм бульона, 1 яйцо, 20 грамм коньяка.

11 Утра—

250 граммов молока.

1 Час дня—

100 граммов жареного мяса, 250 граммов рисового бульона с 5 граммами соматозы и 150 граммов бордо.

3 часа дня—

250 граммов молока.

5 часов вечера—

1 яйцо, 20 г коньяка.

7 часов вечера—

250 граммов бульона или белого супа с 5 граммами соматозы.

В качестве напитка в перерывах разрешается употреблять некрепкий холодный чай. Когда кровотечение прекратится, подойдут следующие напитки: овсянка, какао, пльзеньское пиво (одна пинта в день), молоко (2-3 пинты в день), бордо (полбутылки в день). В качестве пищи могут быть рекомендованы легкие сорта мяса, от 200 до 300 граммов в день, сдобный хлеб, голубятина, ветчина, питательные и легкоусвояемые овощи, шпинат, морковь и гороховый суп.

В случаях аменореи или скудных менструаций, особенно из-за анемии или недоедания, психического возбуждения или перенапряжения, полезны теплые ванны температурой от 28 ° до 29 ° C. (от 90 ° до 92 ° F.), растирание тела влажными полотенцами и теплые сидячие ванны.

[Примечание: Хотя в этом переводе английские эквиваленты мер, используемых на Континенте, как правило, были добавлены в скобках, в случае диетических таблиц это не было сочтено необходимым, поскольку даже в англоязычных работах они обычно указываются в терминах метрической системы. Здесь можно упомянуть, что в отношении жидких мер 250 граммов (четверть литра) примерно эквивалентны половине пинты, обычному стакану или чашке для завтрака; и что в отношении твердых мер 30 граммов эквивалентны немногим более унции авоирдупуа.]

Менструация.

Менструация - это название, данное процессу, который проявляется у человеческой женщины после достижения половой зрелости выделением из половых органов с регулярными интервалами в четыре недели слизисто-кровянистых выделений. Эти выделения являются не просто результатом местного гиперемического состояния, но выражением периодического возбуждения всей нервной системы и кровеносных сосудов, тесно связанных со всей сексуальной жизнью женщины; само это возбуждение зависит от процесса овуляции, эпизода в серии проявлений, возникающих в результате периодического волнообразного движения в жизненных процессах женщины.

Закон Моисея рассматривал процесс менструации как нечистый по своей природе; менструирующая женщина была нечистой и должна была быть очищена предписанным образом. В пятнадцатой главе книги Левит, ст. 19-29, мы читаем: “И если у женщины будет исход, и исход ее из плоти ее будет кровью, то она должна быть очищена на семь дней; и всякий, кто прикоснется к ней, нечист будет до вечера. * * * Каждое ложе, на котором она будет лежать во все дни своего исхода, будет для нее ложем ее разлуки. * * * Но если она очистится от своих выделений, то она должна отсчитать себе семь дней, и после этого она будет чистой. И на восьмой день она должна взять себе двух черепах или двух молодых голубей и принести их священнику ко входу в скинию собрания”.

Подобным же образом приверженцы веры ислам считают менструирующую женщину нечистой.

Эта точка зрения встречается также в самых ранних медицинских трудах, например, в ранней индийской книге *Шушрута* и в более поздних трудах *Гиппократ*, и она сохраняется по сей день в использовании выражения “ежемесячное очищение”. *Шушрута* учит, что в Индии менструация начинается в возрасте двенадцати лет и повторяется ежемесячно, продолжаясь три дня. В еврейском Талмуде утверждается (см. “Медицина Талмуда”, *доктора Раббиновича*), что менструация начинается, как только у девочки появляются два волоска на лобке, или в возрасте двенадцати лет, даже при отсутствии какого-либо роста лобковых волос. Менструальная кровь весьма своеобразна по своим свойствам. Так, *Раши* рассказывает, что у матери персидского царя было шестьдесят разновидностей крови, и среди них *Рабба* смог определить, какая из них была менструальной. Согласно раввинскому авторитету, женщина может забеременеть, как только ей исполнится двенадцать лет. В качестве признаков полового созревания *раввин Жоссе* упоминает появление складки под соском, *раввин Акиба*, эрекцию сосков, *раввин д'Азай*, появление темных ареол вокруг сосков, *раввин Жоссе*, опущение соска под давлением с последующим его постепенным выпячиванием при снятии давления, а также размягчение венерической артерии

(вследствие отложения жира в ее веществе). В качестве продромальных признаков первого появления менструации Талмуд упоминает боль в области пупка и в матке, метеоризм, дрожь, белые выделения, тяжесть в голове и конечностях и тошноту.

Кровь, выделяемая во время менструации, обладает определенными специфическими свойствами. Она всегда жидкая и редко содержит фибриновые сгустки, она всегда смешана с большим или меньшим количеством слизи, что придает ей липкий характер; реакция щелочная, запах характерный. Только при очень обильном кровотечении происходит эвакуация свернувшихся масс. При микроскопическом исследовании менструальной крови мы обнаруживаем эритроциты и лейкоциты, причем пропорциональное количество последних больше, чем в чистой крови; присутствует также примесь эпителия слизистых оболочек половых органов, цилиндрических клеток матки, уплощенных клеток поверхностных слоев многослойного чешуйчатого эпителия влагалища, а также различных микроорганизмов и зернистого детрита. В начале каждой менструации примесь слизи наибольшая, так что выделения иногда имеют вид окрашенной кровью слизи; но в разгар выделений их консистенция почти как у чистой крови. Говорят, что количество потерянной крови в каждый период варьируется от 90 до 240 граммов (примерно от 3 до 8 жидких унций); но в тропическом климате среднее количество крови составляет 600 граммов (20 унций). Согласно точному анализу *Дениса*, менструальная жидкость состоит из тысячи частей:

Общее количество твердых компонентов		175,00
Содержит		
	Жир	3,90
	Кровяных телец	64,40
	Альбумина	48,30
	Экстрактивные вещества	1.10
	Соли	12.00
	Слизь	45.30
Вода		825,00

Как качество, так и количество крови подвержены большим колебаниям. Так, например, *Бушардат* оценивает твердые компоненты в 99,20 промилле, *Фогель* - в 161 промилле, а *Саймон* - в 215 промилле. Количество крови, выделяемой во время менструации, зависит от темперамента, конституции и рода занятий соответствующей женщины. Оно больше у жизнерадостных брюнеток, чем у флегматичных блондинок, больше у южанок, чем у тех, кто живет на севере, больше у городских жителей, чем у женщин, живущих на открытых равнинах, больше у тех, кто ведет оседлый образ жизни, чем у тех, кто занят каким-либо активным занятием.

Аналогичные соображения применимы и в отношении продолжительности каждого периода. Средняя продолжительность в подавляющем большинстве случаев составляет от четырех до пяти дней, обычно являясь одинаковой в последовательные периоды у одного и

того же человека; в исключительных случаях течение может длиться неделю или более. Менструация, длящаяся более восьми дней, должна рассматриваться как ненормальная.

Компания *Krieger* собрала данные, относящиеся к продолжительности отдельных периодов. Он обнаружил, что продолжительность постоянна в подавляющем большинстве случаев, т.е., 93,285%; но изменчива в незначительном меньшинстве, т.е., 6,715%.

Периоды, в которых продолжительность была регулярной, не всегда длились точно такое же количество дней, продолжительность во многих случаях составляла 3-4 дня, 5-6 дней и т.д.; Но одна и та же продолжительность регулярно повторялась в каждый последующий период, так что все эти случаи должны быть отнесены к периодам регулярной продолжительности. Продолжительность должна рассматриваться как нерегулярная или изменяющаяся в тех случаях, когда изменение составляло от 2 до 4 дней, от 3 до 8 дней и т.д. Иногда обычный трехдневный или пятидневный период превращается в восьмидневный; или, наоборот, восьмидневный период превращается в четырехдневный.

Среди случаев, в которых продолжительность была регулярной, она составила

Чаще всего до 8 дней, в	26,695% случаев.
Следующей по частоте была продолжительность в 3 дня, у	20,762%.
Следующей - продолжительность в 4 дня, у	16,949%.
Следующей - продолжительность в 5 дней, у	11,864%.

Л. Майер также провел различие между постоянной и переменной продолжительностью менструальных периодов. Среди 4927 женщин он обнаружил 4542 (92,185%), у которых продолжительность была постоянной, и 385 (7,815%), у которых она была переменной. Из постоянных периодов продолжительность составляла:

8 дней у	1182 женщин, то есть у	26,024%.
4 дня у	829 женщин, то есть у	18,252%.
3 дня у	731 женщины, то есть у	16,094%.
5 дней у	730 женщин, то есть у	16,072%.

Чрезвычайно короткая продолжительность, менее 24 часов, была обнаружена у 70 женщин, чрезвычайно продолжительная, от 7 до 14 дней, была обнаружена у 175 женщин, и, наконец, продолжительность, превышающая 14 дней, была обнаружена у 19 женщин.

Средняя продолжительность лечения в этих случаях составила 5,387 дня.

Результаты, полученные *Шукитсом*, который исследовал продолжительность менструаций у 1013 женщин, несколько отличаются от приведенных выше. Он обнаружил:

Продолжительность в несколько часов только у	95 женщин, то есть у	9,38%.
Продолжительность от 1 до 2 дней у	66 женщин, то есть у	6,51 процента.
Продолжительность 3 дня у	407 женщин, то есть у	40,17%.
Продолжительность 4 дня у	171 женщины, то есть у	16,88%.
Продолжительность от 5 до 6 дней у	115 женщин, то есть у	11,35%.
Продолжительность от 7 до 8 дней у	118 женщин, то есть у	11,63%.
Продолжительность от 9 дней и выше у	41 женщины, то есть у	4,05 процента.

Средняя продолжительность в этих случаях составила 3,87 дня.

Средняя продолжительность менструального цикла составляет:

В Париже	5	дней.
В Лондоне	4,6	дня.
В Берлине -	4,5	дня.
В Копенгагене -	4,3	дня (по словам Майера, 5,3 дня).
В Австрии	3,8	дня.

Интервал между одной менструацией и следующей (период, который проходит, то есть между началом одной менструации и началом следующей) составляет в подавляющем большинстве случаев двадцать восемь дней. Повторяемость у многих женщин необычайно точна не только в отношении дня, но даже в отношении часа суток. Двухнедельный тип менструации встречается примерно у 70% из всех случаев; в остальных наиболее частым является тридцатидневный тип, а за ним следует двенадцатидневный тип. Однако периодичность менструаций у любого человека может быть очень нерегулярной.

Количество крови, теряемой во время менструации, варьируется в широких пределах; по приблизительным оценкам, обычная потеря за один период составляет от 90 до 240 граммов (примерно от 3 до 8 жидких унций). *Кригер* делает следующее краткое заявление относительно количества потерь в различных социальных обстоятельствах и у представителей различных национальностей:

Количество теряемой крови и продолжительность кровотечения меньше у сильных, здоровых женщин, ведущих напряженный, активный и регулярный образ жизни, особенно у сельских жительниц и женщин бедных и целомудренных, чем у хрупких, слабых женщин, ведущих сидячий образ жизни, с обильным и стимулирующим питанием, привыкших к сверх роскошному и изнуряющему существованию. У монахинь, например, количество менструальных выделений постепенно уменьшается; вскоре после их поступления в монастырь могут возникать различные нарушения, но в конечном итоге выделения становятся чрезвычайно скудными и длятся всего один день. Климат также оказывает большое влияние, поскольку в жарких странах женщины обычно менструируют очень обильно, в то время как в холодных странах месячные скудны и часто появляются только в теплые месяцы года. О женщинах племени лапландцев и самоедов это уже сообщали *Линней* и *Вирей*. *Тилт* далее сообщает, что у эскимосских женщин менструации происходят только в летние месяцы, да и то скудно. На юге Франции, согласно *Courty*, количество варьируется от 120 до 240 граммов (примерно от 4 до 8 унций); но оно может возрасти до 300, 350 и даже до 500 граммов (примерно 10, 12 и 16½ жидких унций). Говорят, что в тропиках тяжелая меноррагия является обычным явлением; и *Блюмбенбах* уже был известен тот факт, что женщины европейского происхождения, родившиеся в тропиках, нередко становятся жертвами кровотечения во время родов.

Л. Майер попытался определить взаимосвязь между количеством и качеством выделений и отличает регулярный состав, когда выделяется значительное количество темноватой жидкой крови, от нерегулярного состава, когда выделяется небольшое количество крови, обычно бледного цвета, или избыточное количество темной крови, часто свернувшейся, или выделения различного состава.

Из 4542 женщин, опрошенных *Майер* по этому вопросу, были:

2998 человек, то есть 66,006%, у которых состав был постоянным.

1544 человека, то есть 33,994%, у которых состав был нерегулярным.

и среди последних разрядка была

Скудный и по большей части бледный у 511 человек; это 12,250%.

Обильное или обильное и свернувшееся в 838; то есть 18,428%.

Переменная в 196; это 4,315%.

Исследование индивидуальных различий, возникающих в этом отношении у женщин, показало, что у блондинок обычно менструации более обильные, чем у брюнеток, и что у первых также продолжительность отдельных периодов больше.

Потерю крови следует рассматривать не столько с точки зрения ее абсолютного количества, сколько с точки зрения эффекта, который, как показывает дальнейшее наблюдение, оказывает ее потеря на организм. Если кровопотеря продолжается и после прекращения кровотечения, если женщина выздоравливает, но медленно или даже не может полностью оправиться от одной потери до начала другой, если становятся очевидными симптомы нарастающей анемии, кровотечение следует рассматривать как патологическое искажение нормальной менструации. Патологическим является также, если менструальные выделения не имеют нормальной медленно нарастающей и медленно спадающей кривой, а обильно нарастают, прекращаются или почти прекращаются на какое-то время, а затем снова внезапно возобновляются. В некоторых случаях выделения не обильные, но длятся в течение длительного времени, и из-за такой большой продолжительности они оказывают изнуряющее действие, особенно у лиц с анемией и хлоротикой.

Как правило, при нормальной менструации примеси щелочной цервикальной слизи достаточно, чтобы сохранить менструальные выделения жидкими и предотвратить образование фибрина. С другой стороны, выделения свернувшихся масс крови будет достаточно, чтобы указать на аномально свободный и быстрый отток крови.

Наиболее распространенным типом менструации является более или менее регулярное повторение месячных с интервалом в двадцать восемь дней. Вариации в этом отношении, однако, очень часты и зависят от телосложения, жизненного положения и расы. В целом можно сказать, что у лиц крепкого телосложения тип менструации гораздо более регулярный, чем у лиц слабого, хрупкого телосложения; что у живых, пылких натур менструации с большей готовностью предвосхищают ожидаемый период их возвращения, тогда как у лиц с вялым, лимфатическим темпераментом более вероятно возникновение задержки; и что среди женщин высших слоев общества тип менструации гораздо чаще нерегулярен, чем среди женщин рабочего класса и среди сельских жительниц. Принимая во внимание, что у многих женщин регулярность менструального цикла настолько точна, что выделения повторяются не просто с регулярными интервалами в двадцать восемь дней, но даже раз за разом в одно и то же время суток, в других случаях интервал между двумя менструациями может варьироваться от двадцати одного до тридцати дней.

Л. Майер, который проводил наблюдения за типом менструации у 5671 женщины и свел в таблицу свои результаты, различает постоянные и непостоянные интервалы. Среди постоянных интервалов он перечисляет те формы, как регулярные, так и нерегулярные, которые в течение всей жизни индивида не претерпевают трансформации в другую форму, а всегда остаются одного и того же типа. Если, например, у какого-либо человека интервал всегда составляет либо две, либо восемь недель, то у этой женщины менструации

действительно нерегулярны, но постоянного типа. Однако, если в течение нескольких лет у нее менструации с интервалом в две или восемь недель, а затем менструации продолжаются с интервалом в четыре недели, ее менструации относятся к непостоянному типу. *Майер* обнаружил среди своих 5671 случай

Постоянный тип у 4981 женщины, то есть у 87,83%.

Непостоянный тип у 690 женщин, то есть у 12,16%.

Случаев, в которых тип был постоянным, было 69,68%. в которых получался обычный период в четыре недели, и 20,31%. в котором это было нерегулярно в указанном выше смысле. Среди этих последних наиболее распространенными периодами были от 15 до 21 дня и от 22 до 27 дней. Тот же автор наблюдал нерегулярный тип менструации почти у одной четвертой женщин, принадлежащих к зажиточным слоям населения.

Согласно наблюдениям *Кригера* по 481 случаю, в котором периоды были регулярными, то есть интервалы в каждом случае были одинаковой продолжительности, время от начала одного периода до начала следующего составляло:

28 дней у 70,80%.

30 дней у 13,74%.

21 день у 1,66%.

27 дней у 1,45%.

Что касается времени года, в которое впервые появляются менструации, *Кригер* утверждает, что у половины обследованных им женщин менструации начались осенью, в сентябре, октябре или ноябре.

Шукитс в результате исследования менструальных функций австрийских женщин определил, что у 1013 женщин менструация произошла:

Каждые 28-30 дней у 642 женщин.

Каждые 8-21 день у 169 женщин.

Каждые 35-56 дней у 128 женщин.

И был довольно нерегулярным у 74 женщин.

У 500 еврейских женщин *Хирш* обнаружил, что менструация наступала:

через 23 дня после начала последней менструации, через 19

через 24 дня после начала последней менструации, через 29

через 25 дней после начала последней менструации, через 36

через 26 дней после начала последней менструации, через 56

через 27 дней после начала последней менструации, через 62

через 28 дней после начала последней менструации, через 73

а в остальных случаях - с другими интервалами, отличными от указанных. Следовательно, он придерживается мнения, что у большинства еврейских женщин менструация короче двадцати девяти дней.

По данным *Бриер де Бумон*, среди 100 женщин менструация повторилась:

Каждые 4 недели у	61 женщины.
Каждые 3 недели у	28 женщин.
Каждые 2 недели у	1 женщины.
И при различных нерегулярных менструациях у	10 женщин.

Tilt выявил у 100 женщин повторные менструации:

Каждые 4 недели у	77 женщин.
Каждые 3 недели у	17 женщин.
Каждые 2 недели у	1 женщины.
Каждые 6 недель у	5 женщин.

Фостер провел исследования по этому вопросу у 56 здоровых женщин. Из 380 менструаций 45 повторились с интервалом в 28 дней, 225 - с более коротким интервалом, 110 - с более длительным. Продолжительность течения варьировала от 1 до 14 дней; чаще всего оно длилось от 3 до 5 дней.

Своеобразное изменение типа менструации иногда проявляется таким образом, что у женщин, у которых преобладает регулярный четырехнедельный тип менструации, ровно в середине этого четырехнедельного периода появляются менструальные колики с менструальными выделениями или без них; пациентка страдает от боли в нижней части живота, крестце, ощущения тяжести и тянущих болей внизу живота. *Курти, Дюбуа и Пажо Негриер* описали такие случаи *межменструального синдрома молимена утерина*, который *Tilt* обозначает термином *перемежающаяся менструация*.

С древнейших времен процесс менструации привлекал внимание натурфилософов и побудил их сформулировать гипотезы и начать исследования, особенно для того, чтобы выяснить, является ли связь между овуляцией и менструацией просто временной последовательностью, или же эта связь носит причинный характер.

Начиная с *Гиппократ*а и *Галена* и вплоть до средневековья, точка зрения отца медицины была общепринятой, что менструация — это очистительный процесс, посредством которого из организма выводятся вредные для организма вещества - точка зрения, которая находит выражение также в религиозных и юридических постановлениях всех времен.

Новая эпоха научных исследований природы менструации началась с *открытия де Граафом* фолликулов яичников (1672). Это открытие, на самом деле, не поставило овуляцию и менструацию в непосредственную связь, но оно, безусловно, проложило путь для мнения, высказанного *Синтеммой*, земляком *де Граафа*, что яйцеклетки даже у девственниц

самопроизвольно покидают яичник и при соприкосновении с капиллярными окончаниями кровеносных сосудов вызывают менструальное кровотечение (1728).

В результате анатомических исследований *Негриер* в 1840 году был первым, кто установил тезис о том, что у женщин, страдающих врожденным отсутствием яичников, менструация никогда не наступает; что после потери яичников менструация всегда прекращается; что во время беременности и лактации, а также в климактерический период овуляция прекращается; и что между овуляцией и менструацией существует связь временной последовательности. Эта тесная связь между двумя процессами поддерживалась также *Гендрином* примерно в то же время. Позже *Гирдвуд* путем посмертного исследования доказал, что количество рубцов в яичнике совпадает с количеством предыдущих менструаций.

Бриер де Буамон в своей исчерпывающей работе о менструации подчеркивает точку зрения о том, что периодически повторяющаяся овуляция дает импульс для менструального цикла. Первый среди немецких исследователей, *Бишофф* поддержал мнение, что созревание и выделение яйцеклеток являются спонтанными процессами, происходящими независимо от полового акта, и сравнил течку или гон у других животных с менструацией у женщин — точку зрения, разделяемую *Пуше* и *Костом*. Овуляция происходит одновременно с началом менструации, и фолликулы лопаются ближе к концу менструации.

Пфлюгер в своей важной работе о значении и причинах менструации продемонстрировал причинно-следственную связь между менструацией и овуляцией. Кровотечение и выделение яйцеклеток, по его словам, являются совместным следствием общей причины. Это не разрыв фолликула, а созревание фолликула приводит к застойным явлениям при менструации. Давление растущего фолликула на окружающую ткань яичника вызывает продолжительную стимуляцию нервов яичника; совокупность этих раздражений, которые по прошествии определенного времени всегда достигают определенной степени интенсивности, приводит к рефлексу со стороны спинного мозга, принимающему форму сильной гиперемии половых органов; эта гиперемия приводит, с одной стороны, к кровотечению из слизистой оболочки матки, а с другой стороны, и, как правило, одновременно, к разрыву фолликула яичника. Набухание и гранулирование слизистой оболочки матки во время каждой менструации означает не что иное, как начало формирования децидуальной оболочки.

Негеле уже упоминал точку зрения, согласно которой, поскольку сразу после первого появления менструации женщина становится способной к воспроизводству вида, каждый процесс менструации следует рассматривать как возобновление истощенной способности к зачатию.

Учение *Пфлюгера* было отвергнуто *Сигизмундом*, который, хотя и допускает периодичность овуляции и менструации, тем не менее рассматривает эти два процесса: в матке - образование децидуальной менструации, в яичнике - разрыв граафова фолликула, как независимые друг от друга, даже если они происходят одновременно. Если происходит оплодотворение, яйцеклетка имплантируется в подготовленную почву; если оплодотворения не происходит, начинается менструальное кровотечение. Таким образом, наступление менструации указывает на то, что оплодотворение яйцеклетки не произошло. Таким образом, согласно этой теории, оплодотворенная яйцеклетка относится к первой пропущенной менструации, тогда как *Пфлюгер* предполагает, что при наступлении беременности оплодотворяется всегда яйцеклетка, относящаяся ко времени предыдущей менструации — последним фактическим менструальным выделениям.

Левенхардт в своей работе о *диагностике и сроках беременности* придерживается тех же взглядов, что и *Сигизмунд*. Оплодотворенная яйцеклетка, по его мнению, также является плодом пропущенной первой менструации; и поскольку в то время, когда, по его мнению, происходит оплодотворение, яйцеклетка, безусловно, все еще находится в яичнике, оплодотворение, согласно этой теории, всегда должно происходить в самом яичнике, и оплодотворенная яйцеклетка не может начать свою внутриутробную жизнь до тех пор, пока не пройдет месяц после оплодотворения. *Райхерт, Кундрат, Энгельманн и Уильямс*, основываясь на анатомических данных, придерживаются мнения, что овуляция периодически повторяется и что выталкивание яйцеклетки происходит не до, а после начала менструации.

Согласно *Хенсену*, наблюдаемые факты подтверждают мнение о том, что фолликулы лопаются, как правило, ближе к концу менструации; однако предвидение или отсрочка раскрытия фолликула (зачатие до или после менструации) не представляется невозможным.

Леопольд, который предполагает, что менструация может происходить без овуляции, а овуляция - без менструации, утверждает на анатомических основаниях, что разрыв граафова фолликула происходит в основном во время менструации под влиянием набухания из-за застойных явлений при менструации. Менструацию с овуляцией он считает обычным явлением, менструацию без овуляции - необычным явлением. Кроме того, несомненно, что во время возникновения периодического кровотечения может произойти овуляция, даже если менструальные выделения не появляются (овуляция без менструации).

Чазан и Глэвеке также придерживаются общепринятого мнения, что овуляция - это периодический процесс, обычно, но не обязательно синхронный с менструацией.

Штрассман основывает на клинических фактах и экспериментах следующий взгляд на связь между овуляцией и менструацией. Основные процессы в организме половозрелой женщины протекают в периодическом ритме, напоминающем волнообразное движение, пик которого приходится на предменструальный период с целью подготовки к развитию детского организма. Пока яйцеклетка созревает в яичнике, в матке, в зависимости от этого созревания, также развивается предменструальная слизистая оболочка, приспособленная для приема и питания оплодотворенной яйцеклетки. В кульминации волнообразного движения граафов фолликул разрывается, и яйцеклетка высвобождается для оплодотворения в воронке фаллопиевой трубы. Если оплодотворение не происходит или если по какой-либо причине граафов фолликул не разрывается, то вследствие и во время наивысшего внутрияичникового напряжения, в то время, когда обычно происходит разрыв фолликула, начинается выдавливание крови из капилляров слизистой оболочки матки. Посредничество между яичником и маткой, вероятно, осуществляется посредством симпатического узла в яичнике, открытого *Элизабет Винтерхальтер*, и осуществляется таким образом, что раздражение, исходящее от созревающего фолликула, проходит по нервным волокнам, окружающим фолликул, к отросткам нервных клеток этого симпатического узла, накапливаясь в этих клетках до достижения определенной степени интенсивности, а затем посредством других процессов и сосудодвигательных нервов воздействует на сосуды матки.

Геххард также считает, что менструация зависит от функции яичников, и считает, что это, вероятно, вызывается рефлекторно постепенным ростом фолликулов яичников. Похоже, что чаще всего во время менструации в яичнике обнаруживается граафов фолликул, готовый лопнуть, но из этого правила есть много исключений. Мы не можем исключить возможность того, что яйцеклетка из фолликула, лопнувшего после начала менструации, может быть

оплодотворена; но чаще всего оплодотворяется яйцеклетка, которая произошла после пропуска первой менструации. Внезапный спад жизненной энергии, который происходит непосредственно перед менструацией, *Гебхард объясняет* как своего рода атавизм, зависящий от того факта, что многие низшие животные, например бабочки, погибают, как только выполняют свой долг по воспроизводству вида.

Однако ряд современных исследователей отрицают существование какой-либо временной или причинной связи между овуляцией и менструацией и утверждают, что последний процесс совершенно независим от первого.

Таким образом, *Кристофер Мартин* утверждает, что в поясничной части спинного мозга существует особый менструальный центр, импульсы от которого поступают в матку через спланхическое сплетение, сплетение яичников или, возможно, через оба. Схожих взглядов придерживаются *Лоусон Тейт*, *Коллинз* и *Джонстон*, которые по отдельности утверждают, что яичники участвуют в выработке менструации не больше, чем любой другой орган тела — например, печень. Они обращают внимание на периодичность, которая наблюдается в функциональной активности различных других органов, например, в дыхательной и сердечной деятельности, которые претерпевают ритмические изменения в результате нервных воздействий. Прекращение менструации после офоризектомии они связывают не с прекращением овуляции, а с разделением нервов, которые проходят через широкие связки матки и от которых зависит менструация. Течка и гон у животных имеют иное значение, чем менструация. Последний процесс вызван цивилизацией и принятием вертикального положения тела.

Но, принимая все это во внимание, мы должны твердо придерживаться фундаментальных принципов, что овуляция происходит в тот период жизни, и только в тот период, в течение которого менструации продолжаются регулярно; что овуляция начинается тогда, когда внешне и во всем развитии девочки проявляются признаки половой зрелости; и что овуляция прекращается в климактерический период, когда прекращаются и менструации. Мы должны рассматривать как редкие исключения из этого правила случаи, когда овуляция начинается до наступления менархе и сохраняется после наступления менопаузы.

Физиологическое прерывание менструации происходит во время беременности и кормления грудью; однако кажется невероятным, что в течение этого промежутка овуляция также приостанавливается. Анатомическими исследованиями установлено, что овуляция и менструация обычно происходят одновременно; но что менструация иногда, хотя и редко, происходит при отсутствии овуляции; и, наконец, что межменструальная овуляция также является редким явлением. В большинстве случаев, непосредственно перед или сразу после начала менструации, происходит разрыв граафова фолликула. После полной офоризектомии менструации прекращаются; менструации продолжаются только тогда, когда функционально активные участки ткани яичника оставлены позади. При отсутствии яичников менструальная функция приостанавливается; следовательно, для выполнения этой функции наличие созревающих фолликулов яичников и других фолликулов, способных созреть позже, является необходимым условием.

Определенная аналогия между течкой и гонем у животных и менструацией у женщин, согласно исследованиям *Бишоффа*, *Хегара*, *Страссмана* и других, безусловно, может быть сохранена. Течка или гон - это процесс, происходящий у млекопитающих, зависящий от половых желез, характеризующийся повышением сексуальной и общей возбудимости, с заложенностью сальных желез и влагалища, набуханием сальных желез наружных половых органов и повышенной секрецией; из расщелины вульвы вытекает специфическая, сильно

пахнущая слизь, часто окрашенная в красный цвет из-за примеси крови; наблюдается частое мочеиспускание, железы матки увеличены, фаллопиевы трубы также увеличены, они мягкие и эрегированы. Хорошо развитое менструальное кровотечение, аналогичное тому, которое встречается у человека, среди низших животных встречается только у обезьян. Созревание яйцеклеток предшествует периоду течки, и в этот период происходит разрыв граафова фолликула.

Течка или гон возникают у животных в определенные сезоны года, которые могут, в зависимости от вида и образа жизни соответствующего животного, приходиться на весну, лето, осень или зиму. Сезон течки или гона включает в себя еще несколько периодов течки, каждый из которых длится несколько дней, а у домашних животных, кобыл, коров и сук, они сменяют друг друга с интервалом в три-четыре недели; у диких животных гон бывает только один раз в году. У животных половой акт происходит во время менструальных выделений, и в это время также повышается способность к зачатию; при отсутствии течки половые органы находятся в более спокойном состоянии. В этой связи большой интерес представляют эксперименты на животных, проведенные *Штрассманом* с целью определения влияния повышения давления в яичниках на матку; эти эксперименты показали, что повышение внутрияичникового давления, вызванное введением жидкости в паренхиму яичника, приводило к изменениям в эндометрии и наружных половых органах, соответствующим изменениям, происходящим у животного при течке.

Однако у человеческого вида, в отличие от того, что встречается у низших животных, существует определенное нежелание, по крайней мере со стороны самцов, вступать в половые сношения во время менструации. Более того, человеческая женщина, несмотря на периодичность своей сексуальной жизни, в любое время способна к зачатию; эта способность не ограничивается какой-либо определенной частью межменструального периода, поскольку зачатие может произойти в любое время в течение этого периода и, как известно, даже является результатом полового акта во время менструации. Эта особая характеристика репродуктивной способности человека рассматривалась как компенсаторная, предоставленная природой в ее постоянных усилиях по сохранению вида, чтобы противодействовать ограничивающим влияниям, налагаемым цивилизацией на нормальный процесс воспроизводства.

Существуют даже заслуживающие доверия наблюдения, указывающие на то, что у многих примитивных народов, у которых во время полового созревания никакие социальные законы не препятствуют неограниченному осуществлению репродуктивных функций, этой способности женщины к зачатию в любое время не существует и что репродуктивная способность таких людей, подобно способности низших животных, ограничена определенным временем года. Так, *Г. Шлезингер* сообщает об айнах острова Езо: "Мой друг из Саппоро считает, что он заметил, что у айнов есть определенный период гона и что у них, как и у многих низших животных, процесс воспроизведения вида происходит только в определенное время года". Аналогичное утверждение распространено в отношении индейцев Западной Америки.

Слизистая оболочка матки претерпевает во время менструации важные изменения, и вопрос, вызывающий много споров, заключается в том, удаляется ли во время менструации вся слизистая оболочка матки или только часть, сбрасывается ли она по всей своей толщине или, по крайней мере, лишается своего эпителия. Согласно наблюдениям, сделанным *Леопольдом* на трупах, слизистая оболочка матки набухает незадолго до начала менструальных выделений, пока, частично вследствие клеточной пролиферации, частично вследствие отека и инфильтрации и частично вследствие расширения лимфатических

пространств, она не достигает толщины 6-7 миллиметров (¼ дюйма). Поверхностные капилляры заметно расширены, и излияние элементов крови продолжается в течение нескольких дней без возникновения какой-либо жировой дистрофии в тканях. Однако эпителий и самые поверхностные клеточные слои слизистой оболочки разрушаются и выпадают. Однако полного разрушения слизистой оболочки не происходит, и жировая дистрофия не является частью менструального процесса как такового.

Мерике, который исследовал участки слизистой оболочки матки, удаленные кюреткой во время менструации у живых женщин, обнаружил, что поверхностные слои слизистой оболочки не повреждены, и он рассматривает выпадение эпителия, описанное другими авторитетными источниками, как трупный феномен. *Синети*, которая также обнаружила неповрежденную слизистую оболочку матки во время менструации, придерживается той же точки зрения.

Фон Калден приходит к выводу в результате исследований, проведенных после вскрытия, что во время менструации отходит большая часть слизистой оболочки, не только поверхностный эпителий, но и сама строма вплоть до ее самых глубоких слоев. Однако, согласно *фон Тассенбруку* и *Мендесу Леону*, самые поверхностные слои выпадают только во время менструации.

Согласно *Вестфалену*, чьи исследования проводились частично на массах, удаленных кюреткой, а частично на только что экстирпированной матке, кроваво-серозная инфильтрация слизистой оболочки начинается примерно за десять дней до менструации. Сильное расширение сосудов происходит только непосредственно перед менструацией. Железы матки увеличиваются, и во время менструации и сразу после нее просвет желез заполняют многочисленные клетки сброшенного эпителия. В остальном, однако, во внутренней части матки вскоре после менструации мы обнаруживаем почти непрерывный эпителиальный покров. Через несколько дней после менструации происходит надлежащая регенерация слизистой оболочки.

Мэндл, исследовавшая тотально удаленную матку, утверждает, что во время менструации эпителиальный покров слизистой оболочки никогда не теряется полностью, но столь же редко он остается полностью неповрежденным. Регенерация утраченных участков эпителия продолжается даже во время менструации.

Исследования *Кундрата* и *Энгельмана* на матках, полученных посмертно, привели этих авторов к следующему описанию анатомических изменений, происходящих в слизистой оболочке матки во время менструального кровотечения. В предменструальный период в межжелудочковой ткани происходит круглоклеточная инфильтрация, увеличиваются просветы маточных желез и расширяются кровеносные сосуды; впоследствии происходит жировая дистрофия поверхностного эпителия и эпителия желез, приводящая к разрыву сосудов и разрушению пораженного участка ткани; после прекращения кровотечения происходит регенерация слизистой оболочки.

Согласно *Геххарду*, можно выделить три стадии. Первая стадия - это стадия предменструального застоя, или стадия нагрубания: капиллярные сосуды слизистой оболочки наполняются кровью, сама мембрана размягчается, сетки стромы увеличиваются и заполняются морфологическими компонентами крови, образуются субэпителиальные гематомы. Вторая стадия - это та, на которой кровь находит свой путь наружу: из-за набухания слизистой оболочки кровь способна просачиваться между клетками неповрежденного эпителия; кроме того, эпителий разрывается в различных местах, где под ним образовались гематомы, позволяя крови вытекать через образованные таким образом

отверстия; клочки эпителия могут быть смыты потоком крови. Третья стадия - это стадия восстановления после менструации: отек слизистой оболочки исчезает, отслоившиеся участки эпителия исчезают, кровь, излившаяся в промежутки ткани, реабсорбируется или частично превращается в желтовато-коричневые пигментные хлопья. Согласно *мнению* Гебхарда, во время менструации разрушения слизистой оболочки матки не происходит. Ни при каких обстоятельствах мембрана не обнажает большие участки эпителия; однако в поверхностном эпителии и эпителии желез происходит очень активный процесс регенерации, который подходит слизистой оболочке матки для приема оплодотворенной яйцеклетки, поддерживая ее в вечно молодом и обновленном состоянии. Слизистая оболочка шейки матки участвует в менструации максимум за счет повышенной секреции слизи.

Согласно *Ландау и Райнштейну*, слизистая оболочка фаллопиевых труб способствует менструальному кровотечению; *Фрич и Страссман*, однако, выступают против мнения, что имеет место регулярная трубная менструация.

Патология менструации.

Лишь небольшая часть девочек и женщин во время менструации полностью свободна от любых изменений как в своем физическом, так и в психическом состоянии. Очень значительное большинство жалуется на более или менее плохое самочувствие, на ощущения тяжести и давления в гипогастральной области, на общее чувство вялости, потерю аппетита, головную боль, раздражительность, иногда на желание плакать; у женщин проявляется изменением интенсивности сексуального влечения, увеличением у одних, уменьшением у других.

Нередко во время менструации заметно нарушается сердечная деятельность, так что регулярно в начале каждой менструации возникают неприятные ощущения в области сердца с учащением сердцебиения; или предъявляются жалобы на холод и сырость рук, на ледяной холод стоп, которые кажутся “мертвыми” до половины икр, и их невозможно согреть — явления, которые в рассматриваемых случаях возникают только во время менструации и должны рассматриваться как проявления менструального рефлекса.

Я обследовала 140 женщин, у которых сердце и сосудистая система были в норме, в течение ряда последовательных менструальных периодов, и у 12 из этих женщин либо в начале, либо по ходу течения менструации я наблюдала увеличение частоты сердечных сокращений в пределах от 12 до 28 ударов в минуту; у молодых девушек систолический шум иногда был слышен во время менструации, но был неслышим в межменструальные промежутки. У всех этих лиц менструации были регулярными; не было никаких отклонений в отношении ни продолжительности, ни количества выделений. Следовательно, сердце в этих случаях было затронуто нормальным менструальным процессом.

Замечательная иллюстрация предполагаемого влияния нарушений менструального цикла на пульс приводится *де Вильневом*, который утверждает, что китайские врачи, привыкшие прощупывать пульс во многих различных артериях, способны путем сравнения характера пульса на двух руках определить, регулярно у женщины менструации или нерегулярно.

У многих женщин и девочек наблюдается хорошо выраженная менструальная гиперемия, неприятные или фактически болезненные локальные ощущения в половых органах, крестце, болезненные сокращения матки и нарушения общего конституционного состояния, которые зависят от менструальной гиперемии органов малого таза, от местного нагрубания; иногда

такие симптомы являются результатом сокращений матки, вызванных гиперемией матки, и эти случаи часто принимают приступообразную форму.

Серьезные нарушения общего конституционного состояния являются результатом внезапного прекращения нормальных менструальных выделений, таких как сильный озноб, внезапные ментальные впечатления, даже ошибки в диете или использование определенных лекарств, а иногда могут последовать за искусственным оттоком крови.

У многих женщин за несколько дней или, возможно, всего за несколько часов до каждой менструации могут повторяться изменяющиеся проявления разнообразных расстройств. Среди них можно упомянуть общее возбуждение нервной системы, заметное изменение голоса, сильную склонность к грусти, плаксивость, эротические влечения, большую раздражительность и чувствительность сенсорной системы, сонливость, приливы к лицу, головокружение, обмороки. Аппетит нарушен, изо рта неприятный запах, пищеварение нарушено, есть склонность к диарее; может измениться вид лица, появятся синие круги вокруг глаз, высыпания на коже, склонность к потливости, сердцебиение и чувство тревоги, а также ощущение в конечностях, как будто их побили. Также возникают местные симптомы: нарушения функции мочеиспускания, набухание молочных желез, боли и колики в области почек, ощущение тепла в половых органах, зуд вульвы, ощущение тяжести в матке и сильное побуждение к половому акту. Выделения могут быть патологическими, иногда наблюдается обильное потоотделение, иногда обильная слизистая или желчная диарея, в то время как моча может быть либо очень обильной, почти бесцветной и почти без солевых примесей, либо густой и перенасыщенной фосфатами и уратами.

Шаута пишет о комплексе менструальных явлений, которые происходят при нормальной менструации: “В процессе менструации кровь и кровянистая слизь проходят через слизистый канал, нормальный диаметр которого представляет собой просто капиллярную трещину. Если кровоток медленный, без образования коагулы, и если прохождение через шейку матки свободно, в целом достаточно очень слабых сокращений мышц матки, поскольку кровь вытекает в полость матки, чтобы вытеснить ее во влагалище. Без таких схваток менструация вряд ли возможна. Физиологически они характеризуются давящим ощущением, распространяющимся вниз, к бедрам, и болями в спине. Редко бывает, что боли вообще не ощущаются; однако есть некоторые женщины, которые утверждают, что в их случае менструация начинается совершенно неожиданно и без малейшего предупреждения; но из этого не следует, что сокращения матки не происходят у этих женщин также и во время менструации. * * * Местными нарушениями, которые возникают даже при физиологической менструации, являются ощущение полноты и тяжести в малом тазу и боли в нижней части спины, и, вероятно, все это является результатом сокращений матки. Общие нарушения рефлекторного характера включают болезненность при надавливании в эпигастрии, головные боли, общее чувство вялости, раздражительность и склонность к слезотечению. Среди изменений функций отдаленных органов можно упомянуть набухание молочных желез, голосовых связок и щитовидной железы, увеличение дыхательной способности незадолго до менструации с последующим быстрым снижением во время менструации, склонность к диарее, тошноте, рвоте, метеоризму, слюнотечению, обильной секреции сальных желез вульвы, повышенному выделению пота, склонность к образованию угревых пустул. Психическое состояние также, как правило, претерпевает значительные изменения во время менструации, даже в случаях, которые ни в коем случае нельзя рассматривать как патологические. Во многих случаях внешне нормальная женщина может во время менструации проявлять настолько ненормальное психическое состояние, что мы вынуждены говорить о нем как о менструальном психозе. Однако, помимо этого,

оказывается, что во время менструации психическая жизнь женщины никогда не остается полностью незатронутой. Наконец, мы должны упомянуть определенные изменения в органах чувств, которые нередко сопровождают менструацию, такие как герпес на конъюнктиве, экзофтальм, ограничение поля зрения и отек носовых раковин”.

В органах пищеварения во время менструального процесса нередко наблюдаются изменения секрета желез, тошнота, рвота и метеоризм. У половины женщин, относительно состояния которых во время менструации *наводил справки Кригер*, он обнаружил, особенно непосредственно перед и во время выделений, тенденцию к диарее или, по крайней мере, к более обильному и более частому опорожнению кишечника, чем это имело место в другое время. На поверхности языка, в предменструальный период, может происходить выраженное отшелушивание эпителия, так что в некоторых случаях сосочки полностью обнажаются.

Нередко гиперемия печени, по-видимому, связана с менструальным процессом; и многими наблюдателями, среди которых можно упомянуть *Сенатора и Флейшмана*, было замечено, что во время менструации возникает желтуха, легкая или интенсивная. В случае длительной аменореи *Дункан* отметил появление транзиторной заместительной желтухи, по-видимому, рефлекторной по своему происхождению. В некоторых случаях желтуха предшествует менструации и исчезает по мере установления кровотечения.

В органах дыхания также часто происходят менструальные изменения. Согласно *фон Отту*, дыхательная способность достигает максимума незадолго до менструации и довольно быстро уменьшается во время менструации; аналогично изменяется мощность выдоха. В гортани, согласно *Боттермунду*, во время менструации возникает сильный отек задней стенки, в результате чего затрудняется закрытие голосовой щели, и возникает быстрое утомление мышц, которые выполняют это действие, когда женщина поет или говорит; полнота голоса также снижается. Более или менее обширный отек тела щитовидной железы^[32] возникает во время менструации. Согласно *Флиссу*, у большинства женщин сильно опухают нижние, иногда средние и нижние носовые раковины; иногда также опухают септические бугорки. Говорят, что правая половина носа опухает чаще и интенсивнее, чем левая. Иногда во время менструаций наблюдается носовое кровотечение.

В органах мочеполовой системы влияние менструального цикла проявляется изменением содержания мочи. Согласно *Шрейдеру*, выведение мочевины уменьшается незадолго до менструации; согласно *Лавалю*, выведение мочевой кислоты резко снижается на второй день менструации с последующим увеличением на третий день, впоследствии превышая нормальный уровень. Это изменение следует отнести не к какому-либо возбуждению половых органов, а к потере крови.

Хебра уже обращал внимание на связь между заболеваниями кожи и физиологическими и патологическими процессами, происходящими в женских половых органах; и подчеркивал тот факт, что для излечения некоторых высыпаний необходимо местное лечение заболеваний репродуктивных органов. Он привел четыре примера таких высыпаний: 1. острый приступ экземы, который прошел только после удаления плохо сидящего pessaria; 2. у хлоротичной девочки два больших красных пятна на щеках исчезли, когда установилась менструация; 3. улучшение кожного поражения, когда сопутствующее заболевание половых органов получило соответствующее лечение, за которым последовал рецидив кожного заболевания, когда заболевание половых органов стало более тяжелым; 4. случай упрямой себореи, длившейся много лет, которая исчезла только тогда, когда пациентка впервые забеременела. время, спустя семь лет после ее замужества.

Аналогичные случаи были зарегистрированы последующими наблюдателями, и было опубликовано множество монографий о кожных высыпаниях во время менструации. *Шрамм*, например, сообщает о случае женщины, у которой во время каждой менструации на тыльной стороне кистей и на шее появлялись бугорки и папулы; и тот же автор упоминает другой случай, когда во время менструации на спине появились красные папулы, расположенные рядами. *Вильгельм* наблюдал темно-синие пятна размером с лесной орех, которые появлялись на бедрах незадолго до менструации и исчезали, когда она заканчивалась. Из двух случаев нарушения менструального цикла на коже, о которых сообщил *Стиллер*, в одном появилась зудящая сыпь на верхних и нижних конечностях; в другом - маленькие красные папулы появились на тыльной стороне кистей и стоп. Другие случаи менструальных кожных высыпаний были опубликованы *Джозефом*, *Паули*, *Яновским* и *Швингом*. Иногда во время менструации возникает сильный зуд вульвы, вызванный, без сомнения, временным увеличением секрета из менструальных путей и более активным воздействием этого секрета на вульву.

В двух случаях, когда менструации прекратились, *Хайцманн* наблюдал поражения кожи. У одной из них, молодой женщины двадцати лет, у которой еще не начались менструации, каждые четыре недели появлялись отдельные папулы, окруженные ярко-красной ареолой, которые зудели так сильно, что в результате появлялись расчесы. В другом случае появились пятна размером с чечевицу светло-красного или темно-красного цвета, которые сохранялись два или три дня; когда менструации стали регулярными, свежие выделения больше не образовывались.

Шаута в случае хронического офорита наблюдал регулярное повторение крапивницы при каждой последующей менструации. Поскольку страдания были очень велики, ночной покой сильно нарушался в периоды высыпаний, а общее состояние здоровья пациентки вследствие этого все больше и больше ухудшалось, была проведена экстирпация яичников, и операция привела к полному излечению. *Шаута* далее заметил, что в случаях стойких кожных поражений неизвестной причины, возникающих у лиц женского пола, почти всегда присутствовало какое-либо заболевание половых органов; более того, во многих из этих случаев, как только генитальное заболевание излечивалось соответствующими мерами, кожное поражение исчезало спонтанно и без какого-либо дальнейшего лечения. Ему удалось собрать двадцать шесть случаев подобного рода, в которых была обнаружена несомненная связь между заболеваниями кожи и репродуктивной системы. Формами поражения половых органов, которые в основном отмечались при этой ассоциации, были ретрофлексия и загибание матки, эрозия и эктропиум или выворот шейки матки (хронический катар шейки матки), хронический эндометрит, офорит и сальпингит и, наконец, особенно часто - миома матки; наблюдаемыми кожными заболеваниями были акне, экзема, нарушения пигментации, псориаз, лишай и крапивница.

Во время менструации мы нередко наблюдаем ряд изменений на коже, таких как гиперидроз, акне, себорея, эритема и форма дерматита, известная как рожистое воспаление при менструации; иногда также выделение крови на кожу как форма заместительной менструации и особые формы кожного отека. У многих женщин во время менструации выделение пота заметно увеличивается с каждым месяцем; в исключительных случаях менструация опосредованно заменяется обильным потоотделением. В связи с менструацией мы часто наблюдаем чрезмерную секрецию сальных желез, особенно волосатой кожи головы. Часто крапивница проявляется в виде повторяющихся менструальных высыпаний. В случаях скудных менструаций и аменореи могут наблюдаться изменение цвета и чрезмерная пигментация кожи, иногда принимающие форму (как и при беременности) хлоазмы матки.

Иногда также в этих случаях образование темных кругов вокруг глаз, которые уже наблюдаются в меньшей степени как сопутствующие нормальной менструации, является чрезмерным.

В органе зрения различными наблюдателями были зафиксированы изменения, связанные с менструацией. Ячмень менструальный (*Hordeolum menstruale*) может повторяться месяц за месяцем во время менструации как обострение хронического конъюнктивита. Герпес глазных или глазо-конъюнктивальных и экзематозных поражений может быть связан с менструацией; также экзофтальм может возникать во время менструации в сочетании с отеком щитовидной железы и учащенным сердцебиением (*H. Cohn*); опять же, как дополнение к нормальной менструации, может возникнуть тяжелый папиллит с кровоизлияниями в сетчатку (*Хебер*). Согласно исследованиям *Финкельштейна*, ограничение поля зрения может быть замечено во время менструации, начинающейся на первый, второй или третий день менструации, достигающей наибольшей интенсивности на третий или четвертый день менструации и постепенно исчезающей в течение следующих трех или четырех дней.

По утверждению *Хауга*, орган слуха поражается во время менструации, поскольку иногда возникают застойное покраснение и отек наружного уха, наружного слухового прохода и кожи над сосцевидным отростком; иногда также проявляется периодическая невралгия во время менструации.

В органах кровообращения, как уже упоминалось, нормальная менструация довольно часто проявляет свое влияние возникновением расстройств большей или меньшей степени тяжести, связанных со стимуляцией овуляции. На 8,5 процента. у женщин, к которым я обращался с расспросами по этому поводу, учащенное сердцебиение различной степени тяжести возникало во время менструации и было наиболее частым и сильным в первый и второй дни менструации. В некоторых случаях сердцебиение сопровождалось вазомоторными нарушениями, преходящим ощущением жара, ощущением заложенности в голове и обильным потоотделением без видимой причины. За день до начала менструации кровяное давление значительно повышается, но быстро падает во время менструации. Это менструальное повышение кровяного давления сопровождается повышением температуры и усилением метаболической активности. Влияние менструации на сердце наиболее сильно проявляется в тех случаях, когда по какой-либо причине происходит нарушение нормального внешнего вида или течения менструации.

Нарушения менструации, которые могут привести к сердечным расстройствам, - это аменорея, меноррагия и дисменорея.

Аменорея особенно склонна вызывать нарушения сердечной деятельности в случаях, когда вследствие какого-либо внезапного впечатления, такого как испуг или сильный озноб, менструации, которые нормально начались в период полового созревания и впоследствии повторялись с совершенной регулярностью, подверглись внезапному и полному подавлению; также в случаях, когда тяжелая анемия или ожирение быстро привели к возникновению аменореи. В таких случаях иногда возникают приступы тахикардии, которые могут возникать с нерегулярными интервалами или могут сопровождаться нарушением менструального ритма, причем поражение сердца всегда проявляется за несколько дней до даты, в которую должна начаться менструация. В этих случаях также нередко слышны систолические шумы.

В случаях, когда менструации очень болезненны, дисменорея может вызывать приступы колик или судорожные припадки, независимо от того, вызвана ли сама дисменорея

недостаточностью или полным прекращением менструации, метритом, антефлексией, новообразованиями в матке или, наконец, заболеваниями яичников или патологическими нарушениями овуляции. Среди различных расстройств, связанных с дисменореей, нередко проблемы с сердцем, чаще всего принимающие форму рефлекторных неврозов, вызванных болью в половых органах; но также утверждалось, что при этих приступах происходит острое расширение сердца.

Я наблюдал очень угрожающие сердечные симптомы, сопровождающие тяжелую дисменорею, особенно у двух женщин, одной из которых было за тридцать, а другой за сорок. Приступы принимали форму учащенного сердцебиения с тяжелой сердечной одышкой при незначительном напряжении, чувством удушья и сильной тревоги. Этот тяжелый сердечный и дыхательный дистресс был следствием появления тяжелой дисменореи и прошел, как только менструации стали регулярными и безболезненными; но проблемы с сердцем повторялись при каждом последующем приступе дисменореи. У одной из этих двух женщин дисменорея была результатом крайнего переднего сгибания матки; у другой женщины причина дисменореи не была очевидной. Я не смог с уверенностью решить, имело ли место в этих случаях острое расширение сердца. Французские власти, которые описывают подобные проблемы с сердцем, возникающие в результате заболеваний печени и желудка, под названием *асистолической гастропатии* (*Potain*), дают следующее объяснение способа их возникновения. Стимулируется внутрибрюшное сплетение симпатической системы, этот стимул отражается на легкие, в органах которых он вызывает сужение сосудов, что приводит к увеличению напряжения в малом круге кровообращения; вследствие этого правые отделы сердца испытывают трудности с опорожнением, при слабости они подвергаются расширению, и возникает умеренная или крайняя трехстворчатая недостаточность. Таким образом, в этих случаях нам приходится иметь дело с рефлекторными симптомами, с рефлекторной дугой, отправной точкой которой являются чувствительные нервные окончания в брюшной полости, афферентный тракт которой образован симпатическим и легочно-желудочным нервами, а эфферентный тракт которой проходит вдоль легочных симпатических нервов.

В других случаях дисменореи мы наблюдали признаки сердечной слабости; пульс был слабым, очень частым и едва уловимым, лицо внезапно становилось бледным, руки и ноги холодными; иногда наступал полный обморок.

Меноррагия иногда приводит к сердечным симптомам из-за тяжести анемии, которая следует за обширной и длительной потерей крови; иногда, однако, проблемы с сердцем, связанные с меноррагией, являются рефлекторными проявлениями, зависящими от заболевания, которое также вызвало меноррагию, это может быть эндометрит, новообразования, лейкоз или цинга. Иногда здесь также наблюдаются преходящие приступы острой дилатации сердца.

Нервные расстройства во время менструации, которые настолько часты, что *Эммет* считает ненормальным полное отсутствие боли и неприятных ощущений у менструирующей женщины, разделяются *Виндшайдом* на два класса: общие нервные расстройства и местные нервные проявления. Среди общих расстройств наиболее распространенным является общая физическая нетрудоспособность; у женщин, которые в других отношениях вполне здоровы, во время менструации все требует слишком больших усилий, и быстро наступает утомление при выполнении занятий, которые в другое время выполняются без малейших трудностей. Другим распространенным нервным расстройством является ощущение беспокойства в голове, это может быть ощущение тяжести или давления, иногда описываемое как ощущение, как будто железный обруч сдавливает лоб. Обычно также

присутствует легкое психическое раздражение, женщина капризна, ее психическое равновесие нарушено. Очень частыми также являются вазомоторные нарушения, преходящее ощущение жара, ощущение заложенности в голове или резкое потоотделение. Среди местных нервных расстройств *Виндшайд* перечисляет боли в спине (иногда и ошибочно описываемые как раздражение позвоночника), крестце, боли в нижних конечностях, которые, как правило, проходят по ходу больших седалищных нервов. Боли в животе также часто сопровождают менструацию; они могут распространяться по всему животу или могут преобладать в двух подреберных областях. Расстройствами органов чувств, иногда возникающими во время менструации, являются мельтешение предметов перед глазами, светобоязнь и звон в ушах *aurium*. Сердце также может быть поражено учащенным сердцебиением в связи с этими нервными расстройствами; желудок может проявлять сопутствующее расстройство в форме кардиалгии или, чаще, в форме рвоты, причем последняя бывает очень частой в начале кровотечения. Реже встречается профузная диарея, боль в заднем проходе или спазм анального сфинктера.

Интенсивность таких нервных проявлений во время менструации зависит от общего состояния питания женщины, от степени нестабильности ее нервной системы и от ее рода занятий. Крепкие и сильные женщины, регулярно работающие на свежем воздухе, такие как жены и дочери фермеров и сельскохозяйственных рабочих, гораздо меньше подвержены ослабляющему нервы влиянию менструации, чем женщины, ведущие малоподвижный образ жизни и страдающие анемией, живущие в городах, независимо от того, принадлежат ли эти последние к высшим классам общества и имеют пристрастие к нервным развлечениям, или к классу продавщиц, швей и фабричных работниц, чья работа может привести к нервному истощению.

Что касается форм невралгии, наиболее часто сопровождающих менструацию, *Виндшайд* упоминает невралгию тройничного нерва как наиболее распространенную, особенно поражающую первый отдел нерва и вызывающую локализованные боли, которые следует отличать от уже упомянутых головных болей. Они характеризуются своей интенсивностью и постоянством, несмотря на противоневралгическое лечение, а также самопроизвольным исчезновением сразу после окончания менструации. Согласно тому же автору, связь между гемикранией и процессом менструации неоспорима; по крайней мере, следует признать, что менструация предрасполагает к приступу гемикрании.

Также встречаются случаи, когда менструации почти неизменно сопровождаются судорогами, которые следует рассматривать как симптомы истерии.

Необычайно сильное влияние, которое менструальный стимул оказывает на психику, проявляется в частоте, с которой более легкие психопатические состояния возникают как сопровождение даже нормальной менструации, причем эти проявления иногда бывают меланхолическими по типу, иногда маниакальными или эротическими, а при длительной продолжительности приводят в конечном итоге к выраженному психическому расстройству. Это влияние менструального стимула еще более сильно в случаях, когда произошли важные изменения в ходе менструации, в случаях, например, подавленных, болезненных или нерегулярных менструаций. Однако в этой связи, чтобы избежать путаницы причины и следствия, мы должны тщательно помнить, что гораздо чаще психические расстройства нарушают нормальное течение менструации, чем нарушения менструального цикла вызывают психические расстройства. Эта точка зрения утвердилась совсем недавно, и по

этой причине необходимо относиться к таким данным, полученным из трудов гинекологов старшего поколения, в несколько критическом духе.

Современными психиатрами влияние менструального рефлекса на психические расстройства признается только в тех случаях, когда была произведена надлежащая оценка предрасполагающих причин, в таких случаях, как следующие: Во-первых, мы должны признать модифицирующее влияние, оказываемое менструальным стимулом на установленные психозы, поскольку эти последние нередко поддаются лечению, когда ранее нерегулярные менструации становятся регулярными, и, более того, повторение или первое появление менструаций часто оказывает мощное влияние на течение какого-либо установленного психического расстройства. В некоторых случаях это влияние является поразительно благоприятным при психозах, которые развились до начала менструации или во время подавления этой функции; однако оно может оказывать и, действительно, чаще всего оказывает неблагоприятное влияние, поскольку такой психоз при первом появлении или повторном появлении менструации может принимать менструальный тип, приступы становятся более частыми или более жестокими с последовательным повторением каждого менструального или предменструального периода. Это история типичного менструального психоза.

Опять же, определенные процессы сексуальной жизни, нарушения менструации, заболевания половых органов, операции на этих органах и климактерические процессы влияют на происхождение и характер психического расстройства, обычно приводя к хроническому аффективному помешательству (помешательству эмоций и чувств) или к паранойе (хроническому бредовому помешательству, помешательству интеллекта). Менструальный стимул в этих случаях следует рассматривать как психопатически возбуждающую физическую причину.

Кроме того, физические нарушения могут в равной степени влиять на менструальную функцию и функции разума, что затрудняет определение точной причинно-следственной связи в таких случаях; и, наоборот, обстоятельства, восстанавливающие нормальную работу разума, могут также регулировать менструальную функцию.

Наконец, возможно, нам придется иметь дело с изолированными спорадическими случаями, в которых можно проследить возбуждающее влияние менструальных процессов. Таким образом, для возникновения периодического менструального психоза должна существовать особая временная предрасположенность, связанная с великой эпохой развития сексуальной жизни.

Существует, например, группа переходных состояний, возникающих во время менструации и принимающих форму расстройств интеллекта или взрывных эмоциональных состояний; такое можно наблюдать не у тех, кто страдает психопатической предрасположенностью, а у вполне здоровых людей.

Последующие менструации, поскольку они регулярно повторяются на протяжении всей сексуальной жизни, могут, как и первая менструация, хотя и с меньшей интенсивностью, вызывать проявления нервных и психических расстройств. У многих женщин, которые в других отношениях здоровы, мы наблюдаем во время менструации гемикранию, нервную раздражительность, дурной характер, уныние и даже истерические и эпилептические припадки; они возникают главным образом в первый и второй дни менструации и полностью исчезают к концу менструации. Эти проявления более серьезны у лиц, ослабленных обильной потерей крови или хроническими нарушениями в различных органах, более серьезны также у лиц, предрасположенных к таким нарушениям вследствие

невропатической наследственности, более серьезны у женщин, страдающих меноррагией и дисменореей, а также от любого вида психического стресса.

В своей работе о влиянии так называемой менструальной волны на течение психических расстройств *Шуле* отмечает, что психическое равновесие даже совершенно здоровой женщины не является устойчивым, а подвержено ряду колебаний. “Менструальный период, ” продолжает он, “ оказывает явное влияние на психическое равновесие женщины. Даже у тех, у кого нервная система здорова, менструация вызывает состояние то депрессии, то возбуждения; у невротичных женщин, с другой стороны, менструация может вызвать нервные заболевания, которые в равной степени могут проявлять признаки депрессии или признаки возбуждения. У женщин с нервной предрасположенностью влияние регулярных менструаций, даже при благоприятных обстоятельствах, практически такое же, как влияние менструации при ее первом появлении; влияние просто несколько слабее, поскольку женщина научилась терпеть. Состояние менструации у женщин с нервной предрасположенностью вызывает особый невроз, которому подвержен данный индивид. Расстройствами, наиболее часто встречающимися в этой ассоциации, являются истерия, гемикрания, головокружение, пароксизмы эпилепсии, зубная боль и неврастения ”.

Особенно частой во время менструации является гемикрания. Иногда гемикрания может начаться за день или два до менструации, как продромальный признак, и может сопровождать все ее течение, становясь, однако, менее выраженной к концу менструации. Истерия чаще всего проявляется в связи с менструацией подавленным эмоциональным состоянием, плаксивостью, необоснованными жалобами, истерическим шаром или истерической ключицей; иногда также пароксизмами мышечного спазма; очень редко истероэпилептическими припадками. Эпилепсия может возникать как днем, так и ночью. Ночные приступы обычно возникают без какой-либо видимой внешней причины, в результате центрального раздражителя; дневные приступы, с другой стороны, обычно имеют какую-то внешнюю возбуждающую причину. Часто, однако, могут проходить годы без возникновения какого-либо приступа большой эпилепсии, болезнь проявляется в одной или нескольких из многих разновидностей малой формы (*petit mal*) в виде кратковременных помутнений рассудка, приступов головокружения и т.д.

Нервное расстройство у менструирующей женщины может быть настолько сильным, что приводит к возникновению психозов. На вопрос о существовании менструального помешательства *sui generis* многие психиатры ответили утвердительно; однако другие, которые не видят в предполагаемых случаях ничего особенного, дали отрицательный ответ. Связь менструации с психическим расстройством может быть двойной: 1. менструации могут повторяться в течение уже установленного психического расстройства; 2. менструации и их патологические вариации могут способствовать возникновению психозов, которые уже существуют в скрытой форме, и могут приводить к возникновению психозов, к которым предрасположен организм.

В связи с первым, *Бриер де Буамон* провел исследование, которое показало, что у женщин, страдающих психическим расстройством, обострение этого расстройства должно наблюдаться во время менструации. *Шлягер*, который считает, что менструальный процесс, когда он аномален, имеет большое значение для развития и течения психических расстройств, наблюдал это у 33%. у женщин, страдающих психическим расстройством, состояние менструации оказывало неблагоприятное влияние на течение этого расстройства, поскольку приводило к повышенной раздражительности; однако в остальных случаях менструация не оказывала влияния на течение обычных хронических психозов. В случаях, на которые оказывалось неблагоприятное влияние, приступы эпилепсии обычно учащались, а

хроническая меланхолия становилась гораздо более глубокой. *Шредер* наблюдал при хронических формах меланхолии, что во время менструации печаль становилась невыносимой и была связана с суицидальной тенденцией; при хронических маниакальных формах психического расстройства возбуждение усиливалось во время менструации. *Фон Краффт-Эбинг* в результате своих исследований безумия во время менструации пришел к аналогичным выводам относительно неблагоприятного влияния менструального процесса. *Алжир* также утверждает, что менструация заметно усугубляет церебральные симптомы при психических расстройствах.

Другие авторы, например, *Марсе* и *Ковалевски*, подчеркивая мощное влияние, оказываемое менструацией на любой существующий психоз, указывают, что в некоторых случаях, например, при состояниях психической и физической депрессии, это влияние ухудшается; но в других случаях, особенно при состояниях маниакального возбуждения, состояние пациентки заметно улучшается во время менструации. *Шефер* также в своих исследованиях взаимосвязи между процессами менструации и психозами обнаружил, что аномалии в ходе менструации протекают почти параллельно с аномалиями в ходе психической деятельности.

У женщин с психопатической предрасположенностью нарушения менструации, такие как аменорея, задержка менструации и дисменорея, более эффективны, чем нормальный процесс менструации, в пробуждении проявлений психических отклонений, ранее скрытых, и в приведении к приступам прекардиальной тревоги, патологическим эмоциональным состояниям, меланхолическим припадкам, эпилепсии во всех ее разновидностях и импульсивным проявлениям, таким как пиромания, клептомания, детоубийство, человекоубийство и т.д. В результате особой предрасположенности в этой связи могут проявиться врожденная слабоумие, идиотизм, меланхолия и хроническая слабоумие.

Существует богатая литература о случаях, когда психические отклонения возникали у психопатически предрасположенных лиц в результате менструации. Так, *фон Краффт-Эбинг* сообщает о случае, в котором во время менструации умственно неразвитая женщина убила своего мужа; и о другом случае, в котором к хронической слабоумии и хроническому бредовому помешательству во время менструации добавились своеобразные приступы, имеющие характер психических бурь. *Тьюк* сообщает о случае, когда мать, находясь в состоянии алкогольного опьянения во время менструации, убила свою дочь. *Пельманн* фиксирует акты пиромании, совершенные во время менструации семнадцатилетней девушкой. *Мабилле* описывает случай, когда женщина, страдающая тяжелым психическим расстройством, была поражена во время менструации импульсивной клептоманией, в то время как после месячных память о произошедшем исчезла. *Philo-Indicus* описывает случай женщины, страдающей тяжелой невропатией, которая во время менструации проявляла сильную раздражительность, испытывала выраженное сексуальное возбуждение и имела суицидальные импульсы, и которая однажды попыталась убить подругу, которая отказалась помочь ей в практике сексуальных отклонений. *Жиро* описывает женщину, страдающую пассивной меланхолией, у которой во время менструации возникали ужасные фантастические идеи. *Болл* описывает случай женщины, которая всегда страдала острым психическим расстройством во время менструации и которая во время одного из таких нападений убила своего сына. *Ковалевски* сообщает о случае хронической имбецильности, при котором во время менструации развились приступы прекардиальной тревоги, и в ходе одного из таких приступов пациентка подожгла собственный дом. “В таких случаях, - замечает *Ковалевски*, - менструация представляет собой последнюю каплю, которая переполняет кубок”.

Кроме того, мы встречаемся со случаями, когда влияние менструации настолько сильно, что ее следует рассматривать как основную причину психоза. Тогда мы должны говорить об истинном менструальном психозе, толчком к которому служат нормальные или ненормальные изменения, происходящие в процессе менструации, и который характеризуется периодичностью менструаций и кратковременностью приступов. Таковы характеристики менструальных психозов менархе и климактерического периода; и такие случаи происходят также в период полной менструальной активности.

Менструальный психоз чаще всего проявляется незадолго до менструации, становится менее тяжелым с установлением менструации и исчезает, когда менструация прекращается; в других случаях психоз появляется ближе к концу менструации и быстро проходит; или, опять же, в случаях аменореи приступы психического расстройства заменяют нормальную менструацию и становятся менее тяжелыми или полностью исчезают, как только менструация регулярно восстанавливается. Наиболее распространенными формами этих менструальных психозов являются меланхолия, мания, непреодолимые импульсы, острая аменция, в редких случаях чередующееся безумие (*folie circulaire*), при котором периоды чередования принимают менструальный ритм. Продолжительность этих психозов обычно короткая, от нескольких дней до двух недель; может быть только один приступ или может быть несколько приступов, имеющих совершенно схожий характер.

Сознание может быть более или менее нарушено. *Фон Краффт-Эбинг* указывает как на очень опасную особенность менструальных психозов, что тот факт, что болезненный процесс однажды произошел в связи с менструацией, сам по себе является достаточной причиной для повторения таких приступов, которые зависят от постоянно повторяющихся функциональных изменений в мозге, близко аналогичных тем, которые происходят при эпилепсии. Когда менструальное помешательство повторяется часто, оно постепенно становится менее острым по своему характеру и более затяжным по своему течению; интервалы просветления менее четко обозначены и короче по продолжительности; и, таким образом, с течением времени психическое расстройство может трансформироваться в хроническую слабоумие — трансформация, которая может происходить при всех формах периодических психозов. В таких случаях мы всегда должны предполагать наличие определенного недостатка сопротивляющейся силы со стороны организма, особенно нервной системы, что равносильно врожденной предрасположенности. В период полной менструальной активности благоприятную почву для развития таких нарушений обычно создают аномалии менструации, тяжелые роды и их последствия, большие потери крови, длительная лактация, физическое перенапряжение, а также психические потрясения и стресс.

В развитии под влиянием менструации таких периодических острых психических расстройств мы можем наблюдать различные градации, как, например, короткие каталептические припадки, похожие на синкопы, состояния спутанности галлюцинаций, длящиеся несколько часов или дней, расстройство сознания и даже тяжелую манию.

Такой случай наблюдал *Вилль*. Под влиянием менструации и незначительного источника психического расстройства (расквартирование солдат в тихой деревушке) у молодой женщины двадцати одного года, психическое здоровье которой ранее было хорошим, случился внезапный приступ тревоги, за которым последовала сильная, но преходящая мания, длившаяся пять или шесть часов; после короткого перерыва наступил еще один приступ, на этот раз длившийся несколько дней. Аналогичные случаи были зафиксированы *Фридманом*. Цветущая и здоровая служанка восемнадцати лет от роду (некоторое психическое расстройство было зафиксировано как у бабушки, так и у тети по материнской

линии) заснула в кресле за несколько дней до менструации, резко проснулась, впоследствии была в смятении, хотя и спокойна, с многочисленными галлюцинациями, слушала голоса, которые монотонно повторяли “они идут”, была сонливой и медленно отвечала, когда к ней обращались. На третий день она пришла в себя, ее разум был ясным и нормальным; она не полностью осознавала, что произошло. После этого нападения ее разум был свободен от расстройств, как во время менструации, так и в другое время. Говорят, что у нее был похожий приступ около четырех лет назад, то есть в начале полового созревания.—Девочка тринадцати лет, вполне здоровая, не нервная, физически довольно сильная, с вполне здоровой семейной историей. Жалобы на то, что в течение двух дней она страдала от общего чувства подавленности с болями в животе; днем лежала на диване, но внезапно вскочила, выглядела крайне встревоженной и смущенной, бегала по комнате, умоляла защитить ее от черного человека и т.д., Ее речь была бессвязной, невнятной и трудной для понимания. Через два часа она успокоилась и погрузилась в крепкий сон, от которого проснулась спокойной и совершенно забывшей о том, что произошло. На следующий день менструация появилась впервые, с болями в животе, но без каких-либо психических отклонений. В течение последующих шести лет она оставалась вполне здоровой.

Со времен античности подавлению менструаций отводилась чрезвычайно важная роль в возникновении психических расстройств; но, по мнению современных психиатров, выступающих против старой гуморальной патологии, в этой связи следует признавать не больше, чем обычный менструальный стимул, который, действительно, когда почва уже подготовлена, может послужить причинной детерминантой для увеличения интенсивности уже существующего аномального психического состояния. Совсем недавно были опубликованы многочисленные случаи, в которых такое влияние было признано мощным. *Фон Краффт-Эбинг* пишет: “В отдельных случаях, как следствие внезапного прекращения менструации, как правило, из-за испуга или озноба, наблюдалось развитие безумия (обычно острой мании), и подавление менструации рассматривалось как причинно-следственная детерминанта. Действительно, возможно, что связь между этими двумя событиями обеспечивается сопутствующей опосредованной перегрузкой мозга. Однако, как правило, психоз и подавление менструации являются следствием одной и той же причины, и обе имеют вазомоторное происхождение”.

Мэре сообщает о случае сильного психического расстройства маниакального типа, связанного с хореей, возникающего в период полового созревания, возбуждающей причиной которого, как он полагал, при конституции, наследственно предрасположенной к безумию, является подавление менструаций. *Диамант* наблюдал за девочкой, у которой в возрасте шести лет прекратились менструации, которые ранее были регулярными с двухлетнего возраста; после прекращения менструации начались сильные эпилептиформные припадки, происходящие в то время, когда должны были быть месячные. *Вестфаль* описал случай детоубийства, совершенного в состоянии меланхолии в надлежащий период менструации, когда менструации были подавлены.

Менструальные психозы наблюдаются по большей части у сравнительно молодых женщин; после тридцати пяти лет они встречаются редко. Среди *делфон Краффт-Эбинга* были:

4 пациента в возрасте от	15 до 20 лет.
6 пациентов в возрасте от	20 до 25 лет.
2 пациента в возрасте от	25 до 30 лет.
6 пациентов в возрасте от	30 до 35 лет.
2 пациента старше	35 лет.

Тот же автор настаивает на том, что для развития менструального психоза должна существовать предрасположенность со стороны мозга, либо в форме наследственной предрасположенности, либо в форме первичного психического расстройства, либо, наконец, в результате какой-либо особой возбуждающей причины, такой как эмоциональное расстройство, злоупотребление алкоголем или телесное заболевание. Среди 19 случаев, наблюдавшихся *фон Краффт-Эбингом*

- 12 были наследственно предрасположены.
- 4 ранее проявляли сильную нервозность во время менструации.
- 7 страдали первичной умственной слабостью.

Весьма примечательно влияние, продемонстрированное особенно *Ломброзо*, которое менструация оказывала на совершение определенных преступлений. Из восьмидесяти женщин, взятых под стражу за сопротивление полиции, только у девяти в то время не было менструации. У четырех известных убийц и одной женщины, осужденной за поджог, в момент совершения преступлений были месячные. *Кругенштейн* обнаружил признаки менструации в телах 107 женщин, покончивших с собой. Кражи, совершаемые дамами в крупных магазинах Парижа, чаще всего совершаются во время менструации, как было установлено *Леграном дю Солем* в тридцати пяти случаях из пятидесяти шести, расследованных им в связи с этим вопросом. Согласно тому же автору, у истеричных девушек, которые воруют предметы одежды, флаконы с духами и тому подобное с прилавков магазинов, почти всегда во время менструации.

Фон Краффт-Эбинг выдвигает следующие положения относительно криминалистического значения преступлений, совершенных женщинами во время менструации: 1. Психическая целостность менструирующей женщины сомнительна с судебной точки зрения. 2. В случае с женщинами, находящимися под судом за какое-либо преступление, следует определить, было ли это преступление совершено в период менструации. 3. Расследование психического состояния целесообразно в случаях, когда установлено такое совпадение; свет на этот вопрос проливается, когда расследование показывает наличие наследственной предрасположенности, когда мы узнаем, что психопатические проявления имели место в предыдущие менструальные периоды, или когда сама природа правонарушения предполагает наличие психического расстройства. 4. Признание мощного влияния, которое менструальный процесс оказывает на психическую жизнь, должно привести, даже в случаях, когда доказано отсутствие менструального психоза, к признанию смягчающих обстоятельств при назначении наказания за преступление. 5. В случае совершения наказуемого деяния во время менструации слабоумной личностью мы, как правило, должны признать вину в безответственности - во всяком случае, в случае правонарушения, совершенного под влиянием сильных эмоций. 6. Лица, которые были уволены без наказания по причине психического расстройства, сопровождающего менструацию, должны рассматриваться как опасные для общества и всегда должны находиться под тщательным наблюдением во время менструации.

Аменорея, меноррагия и дисменорея.

Аменорея, постоянное или временное аномальное отсутствие менструальных выделений, может зависеть от анатомических изменений в половых органах, от неполного развития или отсутствия матки и яичников, от продолжительного или временного неполноценного питания или атрофии этих органов, или от паренхиматозного заболевания яичников; или это может

быть связано с функциональными нарушениями деятельности яичников, которые сами по себе зависят от изменений в нервной системе, от конституциональных заболеваний или от общих нарушений питания в организме. Среди последних состояний следует особо упомянуть хлороз, ожирение, сахарный диабет, хронический алкоголизм и морфинизм, микседему, экзофтальмический зоб и т.д.

Аменорея, возникающая во время менархе, уже была описана в связи с симптоматикой этого периода.

Если в случаях аменореи яичники продолжают выполнять свои функции, мы часто становимся свидетелями тяжелой и болезненной менструальной боли, периодически возникающей в то время, когда можно было бы ожидать менструальных выделений, но они не появляются. В случаях атрофии матки и яичников мы наблюдаем полную и постоянную аменоррheu без какого-либо дискомфорта. Как разновидность заместительной менструации, в некоторых случаях аменореи мы наблюдаем кровоизлияния в стекловидное тело или конъюнктивальные кровоизлияния; также в виде более обширных нарушений со стороны органов зрения, интерстициального кератита, диссеминированного хориоидита, интермиттирующего амавроза, острого ретробульбарного неврита, амблиопии и ограничения поля зрения.

Mooren публикует следующие случаи, показывающие влияние амавроза на глаз. У девочки четырнадцати лет с тяжелым двусторонним паннозным кератитом была аменорея, несмотря на наличие хорошо выраженной менструальной боли. Каждые четыре недели, в то время, когда должны были появиться менструальные выделения, воспаление роговицы становилось более тяжелым; впервые оно стало поддаваться лечению год спустя, когда менструальные выделения наладились. У крестьянки двадцати восьми лет никогда не было менструаций; матка была плохо развита; каждый месяц появлялся невыносимый жар и отек лица. С пятнадцатилетнего возраста она страдала двусторонним интерстициальным кератитом, который не поддавался никакому лечению, и каждые четыре недели подвергалась повторному обострению этой проблемы, длившемуся несколько дней. Демонстрация мощных эмменагогов и использование воды из Фридрихсхалла несколько раз приводили к скудному выделению крови. Комфорт, оказанный пациентке, которая словно чудом избавилась от боли и светобоязни, был самым замечательным. Однако, к сожалению, это состояние сравнительного счастья длилось всего от двенадцати до четырнадцати недель, после чего, несмотря на все попытки, менструации больше не повторялись, а состояние глаз вернулось к тому, что было в течение тринадцати лет. В других случаях, описанных *Муреном*, аменорея осложнялась диссеминированным хориоидитом и задним склерохориоидитом.

Веер сообщает о случае ретробульбарного неврита, сопровождавшегося аменореей, возникшей вследствие инфантильной аплазии матки. *Данном* был зарегистрирован интересный случай с девочкой пятнадцати лет, у которой еще не начались менструации и которая страдала интерстициальным кератитом с сильной светобоязнью. Глазные симптомы исчезли с чрезвычайной быстротой, как только впервые появилась менструация. *Нейпер* наблюдал полную слепоту без видимой анатомической причины, связанную с внезапно возникшей аменореей; амавроз исчез, как только менструация восстановилась.

Поразительными и разнообразными являются нарушения нервной системы, которые могут быть вызваны аменореей, начиная от повышенной раздражительности, гиперестезии различных нервных путей, невралгии и т.п. и заканчивая тяжелыми психозами.

Барнс сообщает о случае психического расстройства, вызванного аменореей, у женщины двадцати семи лет, у которой начались менструации в шестнадцать лет и у которой менструации прекратились годом ранее, когда ей сообщили о внезапной смерти ее отца. С этого времени наблюдалась постепенно нарастающая слабость ума. В случае, зарегистрированном *Макнотоном Джонсом*, психическая депрессия, вызванная аменореей, была настолько сильной, что привела к попытке самоубийства.

Лоуренс наблюдал у молодых девушек, которые по какой-либо причине страдали аменореей, что иногда наблюдалась повышенная пигментация кожи, аналогичная той, что наблюдается при *болезни Аддисона*. Эту аменорееческую пигментацию он сравнивает с хлоазмой, которая наблюдается у беременных женщин.

Под меноррагией мы понимаем возникновение типичных выделений крови из матки, происходящих с более или менее регулярными интервалами и отличающихся от нормальной менструации либо большей интенсивностью, либо большей продолжительностью кровотечения; тогда как под метроррагией мы понимаем возникновение нетипичных выделений крови из матки, которые не связаны с менструацией ни по причине, ни по времени ее появления.

Меноррагия может быть вызвана местными изменениями в половых органах, органическими заболеваниями других органов и общими заболеваниями.

Местными изменениями, которые могут привести к меноррагии, являются активная гиперемия и пассивная гиперемия (гиперемия из-за нагрубания) половых органов, такая гиперемия сама по себе является следствием сексуального возбуждения, особенно при неудовлетворении, сильных физических нагрузках или ознобе во время менструации; меноррагия также может возникать, когда брюшное кровообращение нарушается из-за крайнего ожирения или наличия опухолей, также в связи с эндометритом, миомой матки, эрозией шейки матки и т.д. К заболеваниям органов, не относящихся к репродуктивной системе, которые особенно часто приводят к сильному кровотечению, относятся болезни сердца, такие как недостаточность клапанов, заболевания легких и нефрит. Общими заболеваниями, при которых может возникать меноррагия, являются анемия, хлороз, гомотилия, цинга, скарлатина, холера, оспа, грипп и ожирение.

В результате сильной потери крови при меноррагии, будь то внезапное и обильное кровотечение или более умеренное, но продолжительное, возникает состояние хронической анемии со всеми ее угрожающими последствиями для здоровья и жизни пострадавшей женщины. Она становится бледной и слабой, неприспособленной к каким-либо большим физическим или умственным нагрузкам, подвержена приступам сердечной недостаточности и обморокам; в некоторых случаях в сердечной мышце происходят дегенеративные изменения.

Дисменорея характеризуется сильной болью, возникающей до, во время и после менструации. Боль вызвана либо ненормально сильными сокращениями матки, либо ненормальной чувствительностью этого органа. Аномально сильные сокращения вызваны различными механическими препятствиями нормальному протеканию менструации; аномальная чувствительность обусловлена воспалительными и застойными состояниями матки и ее прилегающих тканей или общим повышением нервной чувствительности.

Шаута, таким образом, различает механическую, воспалительную и нервную формы дисменореи. Механическая дисменорея чаще всего возникает из-за стеноза или искривления канала шейки матки на некотором участке ее прохождения от внутреннего к

наружному зеву, в зависимости от порока развития или искривления матки, гиперплазии слизистой оболочки, хронического метрита, рубцевания в результате оперативных вмешательств, полипов матки и т.д. При воспалительной дисменорее мы имеем дело “либо с воспалительным процессом, либо с чрезмерным напряжением тазовых органов, зависящим от аномального расширения их кровеносных сосудов”. К этой же категории относятся дисменорея яичников и дисменорея, вызванная воспалительными изменениями в фаллопиевых трубах и тазовым перитонитом. При нервной дисменорее анатомическая причина не очевидна, но сокращения матки, обычно происходящие во время менструации, и обычное застойное растяжение тазовых органов в этот период становятся чрезвычайно болезненными вследствие патологического повышения чувствительности нервной системы.

Влияние дисменореи на общее состояние женщины, страдающей ею, часто очень сильное.

Нормальный волнообразный ход температуры тела, который, как показал *Рейнл*, постепенно повышается незадолго до появления менструальных выделений, постепенно падает во время менструации и продолжает падать некоторое время после окончания менструации, претерпевает изменения в случаях дисменореи из—за антефлексии матки, параметрита или сальпингита, поскольку в этих случаях вершина температурной кривой достигается фактически во время менструации и снижение температуры наступает, а не в начале менструации. менструальные выделения, но часто только после того, как они прекратились. Кривая артериального давления и кривая, указывающая на выведение мочевины, в этих случаях подвергаются аналогичному воздействию.

В качестве симптомов со стороны других органов, возникающих при дисменорее, *Шаута* упоминает “ощущения жара, холода в ногах, позывы к рвоте, спазмы желудка и произвольных мышц, общие нарушения питания, потерю аппетита, одышку, запор, диспепсию, головную боль и, наконец, истерию”. В качестве симптомов последнего поражения мы можем заметить анестезию, гиперемию определенных частей живота, приступы судорог, паралич, маточный кашель, икоту, спазм голосовой щели, эпилептиформные припадки. Повторяющиеся сильные приступы боли могут серьезно нарушать работу нервной системы, приводя к появлению общих неврозов и психозов. Часто мы наблюдаем, как своеобразное сопровождение дисменореи, изменения полноты кровеносных сосудов лица, а также в других областях кожи, вследствие сосудистого паралича. В других случаях происходит фактическое кровоизлияние и, как следствие этого, отложение пигмента; и полукружия под глазами могут стать настолько темными, что будут выглядеть так, как будто они были искусственно подкрашены (*Макнотон Джонс*). В одном случае во время менструации наблюдалась периодическая припухлость десен (*Ренье*). Наконец, в сочетании с дисменореей могут возникать различные формы невралгии, изменения рефракции и легкие приступы неврита и ретинита”.

Одним из наиболее распространенных симптомов и последствий является головная боль, иногда в форме гемикрании, которая может быть связана с диспепсическими проявлениями, иногда распространяющимися по всей поверхности черепа.

Диспепсия - очень частый спутник дисменореи. Таким образом, мы сталкиваемся с болью и болезненностью в области желудка, тошнотой, рвотой, а также кардиалгией. Иногда печень увеличивается и становится болезненной при надавливании; во многих случаях также наблюдается желтуха.

Геххард ссылается на другое явление, которое может быть отнесено к разряду дисменореи, исходя из характера испытываемой боли, даже если эта боль ощущается не во время менструации, а в межменструальный период. Это так называемая промежуточная

дисменорея (межменструальная боль, нем. *Mittelschmerz*). По характеру локализованной боли промежуточная дисменорея очень похожа на обычную дисменорею; она часто повторяется с четкой регулярностью в определенные дни межменструального интервала. Крум различает три формы промежуточной дисменореи; ту, при которой из матки вообще нет выделений, ту, при которой наблюдаются кровянистые выделения, и ту, при которой наблюдаются прозрачные водянистые выделения. Первую форму он связывает с асинхронизмом в процессах овуляции и менструации; вторую форму - с эндометритом с распадом слизистой оболочки; третью - с разновидностью водянки маточных труб (обильной водянки маточных труб — гидросальпинкса, при которой жидкость скапливается в трубе и на определенной стадии своего накопления перетекает в матку). Случаи промежуточной дисменореи несколько редки, если исключить случаи, когда боли возникают в межменструальный период вследствие заболевания соединительной оболочки матки. Воспалительные проявления могут быть обнаружены почти во всех типичных случаях промежуточной дисменореи.

Длительно продолжающаяся дисменорея может привести к многочисленным истерическим расстройствам, общим судорожным припадкам, локальному мышечному спазму и параличу, икоте, спазму голосовой щели, маточному кашлю, подергиванию и спазму различных групп произвольных мышц. В некоторых случаях мы видим полностью развитые эпилептические судороги с полной потерей сознания и неподвижностью зрачков. Наконец, психозы могут возникать в сочетании с дисменореей.

В случаях патологических изменений менструации тщательно организованная гигиена во время менструации важна как в профилактических, так и в терапевтических целях, и в этой связи я могу сослаться на то, что я написал в разделе о *гигиене во время менархе*. В случаях дисменореи во время менструации необходимы определенный покой и меры предосторожности, с избеганием простуды, тщательной чистотой и регулированием работы кишечника. В случаях аменореи мы должны уделять внимание общему питанию с помощью легкоусвояемой сбалансированной диеты, как можно большего количества свежего воздуха и систематических физических упражнений. В этих случаях часто полезны езда на велосипеде, большой теннис и соответствующая гимнастика, а также ванны в виде теплых общих ванн, горячих сидячих ванн и горячих ванн для ног.

Заместительная менструация.

В случаях, когда вследствие патологических состояний матки, яичников или организма в целом менструальные выделения во время менархе либо полностью не появлялись, либо были чрезвычайно скудными, с древних времен наблюдались кровотечения из других органов, и эти кровотечения рассматривались как заместительные менструации. Застойные явления, возникающие во время менструации, не ограничиваются половыми органами, и когда отток крови из матки прекращается, организм ищет другой выход, чтобы восстановить нарушенное равновесие распределения крови, и происходят заместительные кровотечения изо рта, носа, кишечника, заднего прохода, десен, молочных желез, ушей и легких; или кровоизлияния происходят в мозг, нервы или глаза.

Хотя следует признать, что часто возникает путаница между заместительной менструацией и кровотечениями, зависящими от ранее существовавшего подлинного органического заболевания, такого как геморрой из-за туберкулеза легких или геморрагическая рвота из-за язвенной болезни желудка, все же существование истинной заместительной менструации следует рассматривать как полностью установленное.

Таким образом, *Фрикер, Флейшман, Обермайер, Бигель, Уитроу, Пайетт и Парсонс* наблюдали опосредованное носовое кровотечение; *Уотсон, Декейн, Эдебольс, Фишель и Силигманн* - опосредованное кровотечение; *Франчи, Хотте, Ратген, Фойгт и Виндмюллер*, опосредованный гемоптизис; *Данлэл*, опосредованное кровоизлияние в десны; *Лоу и Петито*, опосредованная оторагия; *Хойзингер и ле Форт*, опосредованные кровоизлияния, возникающие по-разному из заднего прохода, мочевого пузыря, кисти, уха, соска, живота и носа; *Баумгартен*, опосредованное кровотечение из голосовых связок и трахеи; *Хан*, из мочевого пузыря; *Керли*, в щитовидную железу; *Галлемэртс*, в глаза. *Пуеч* обнаружил в собранных им случаях, что опосредованные менструальные кровотечения происходили из желудка тридцать восемь раз, из молочных желез двадцать пять раз, из легких двадцать четыре раза и из слизистой оболочки носа восемнадцать раз. Во всех случаях менструации надолго прекратились.

Что касается опосредованного носового кровотечения, были опубликованы особенно точные наблюдения, показывающие взаимосвязь между гениталиями и слизистой оболочкой носа. *Fliess* зарегистрировала серию случаев заболевания. У одной из них, удивительно хорошо развитой четырнадцатилетней девочки, которая с интервалом в три недели жаловалась на молимину в виде вялости, головной боли и ломоты в крестце, через четыре недели вместо ожидаемой менструации произошло носовое кровотечение; через три недели последовал еще один приступ носового кровотечения; и, наконец, через семь недель наступила первая менструация, которая с тех пор повторялась каждые три недели. В другом случае, у пятнадцатилетней девочки, менструация появилась один раз; четыре недели спустя вместо менструации начался приступ носового кровотечения, и эти приступы носового кровотечения постоянно повторялись с интервалом в двадцать девять дней, вместо менструации, пока, наконец, не наступила беременность. Во время беременности носовые кровотечения прекратились, однако возобновились через шесть недель после родов; приступы продолжались в течение восьми месячных, когда они окончательно прекратились в начале второй беременности.

Известны другие подобные случаи, когда носовые кровотечения повторялись со всей регулярностью менструаций, которые они заменяли во время беременности и прекращались при родах. Имеют место аналогичные случаи, когда носовое кровотечение сохранялось во время беременности, в послеродовом периоде и в климактерический период, заменяя физиологически подавленные менструальные выделения. Аналогичным образом, *Льега* наблюдал опосредованный гемоптизис во время беременности. Согласно *Баумгартену*, при опосредованном носовом кровотечении кровотечение почти всегда исходит из области хрящевой перегородки и может стать очень сильным; опосредованное кровотечение из гортани исходит из истинных и ложных голосовых связок. Кровотечение из трахеи встречается гораздо реже.

Аналогичными этим случаям являются те, в которых опосредованные кровотечения возникают после удаления яичников. Так, у *Тауффера* в одном случае менструацию заменило носовое кровотечение после этой операции. *Schmalfuss* сообщает о случае, когда у женщины, страдающей пороком клапанов сердца, после офоризэктомии, как было сказано, почти ежедневно наблюдались приступы гайморита и носовых кровотечений. *Главеке* обнаружил в послеоперационном анамнезе сорока четырех случаев офоризэктомии, что у двух пациентов были заместительные кровотечения. Последний цитируемый автор придерживается мнения, что прекращение менструации в результате офоризэктомии редко приводит к опосредованным кровотечениям, и что даже когда они происходят, их количество настолько незначительно, что не имеет практического значения.

Куэйн приводит случай с женщиной тридцати трех лет, у которой отсутствовали матка и яичники и у которой в течение двух лет носовые кровотечения повторялись каждый месяц со значительной регулярностью.

В случаях, когда менструация прекращается, мы иногда наблюдаем вместо опосредованных кровотечений появление несангвинических опосредованных выделений из различных слизистых оболочек. Таким образом, наблюдаются заместительные бели, особенно у пациенток с хлорозом, у которых с момента наступления менархе такие выделения могут появляться каждый месяц вместо задержанной менструации. Аналогичным образом наблюдались опосредованная диарея и опосредованное слюноотделение.

Сексуальный импульс.

Под термином *сексуальное влечение* мы понимаем стремление, разделяемое женщинами и мужчинами, к интимному физическому контакту и половому акту с лицами противоположного пола. У ребенка этот импульс дремлет, чтобы пробудиться при менархе с наступлением половой зрелости, нарастать сначала медленно, а затем все быстрее, подобно лавине, пока не превратится в мощную страсть, доминирующую на протяжении всей активной сексуальной жизни женщины, и это может продолжаться даже далеко за пределами этого периода. Истинная цель, к достижению которой стремится сексуальное влечение женщины, ни в коем случае не является (как утверждается в некоторых кругах) осуществлением “влечения к материнству”, а является просто полным удовлетворением чувственной страсти путем полового акта с мужчиной. И все же сексуальное влечение часто удовлетворяется незначительными степенями сексуального удовлетворения в форме взаимного контакта, столь приятного для осязания, частей тела и даже игрой воображения и иллюзий под властью любви. Наконец, любовь также сводится к тому, что *Буффон*, знаменитый натуралист, с грубой резкостью выразил фразой “Любовь - это расстройство двух кишок”.

У половозрелой женщины сексуальное влечение существует всегда, хотя его сила варьируется в соответствии с индивидуальной наследственностью, физическим и психическим состоянием и внешними обстоятельствами, и хотя его проявление может быть подавлено силой воли. Ощущение сексуального влечения у девушки в годы развития мастерски описано *Гете* в стихах.^[33]

“Meine Ruh ist hin
Mein Herz ist schwer,
Ich finde sie nimmer
Und nimmermehr.
Mein Busen drängt
Sich nach ihm hin,
Ach, dürfte ich ihn fassen
Und halten ihn
Und küssen ihn,
So wie ich wollt,
An seinen Küssen

Vergehen sollt.”

Сходство с течкой или гоним у животных, которые проявляют половое влечение только в определенные периоды, те, в которые созревают яйцеклетки, проявляется у самок человеческого вида лишь постольку, поскольку во время менструации наблюдается более интенсивная сексуальная чувствительность; но ограничение сексуального влечения определенными периодами и его тесная связь с размножением не обнаруживаются у женщин. Образование и мораль накладывают искусственные ограничения на сексуальное влечение у женщин, в то время как природа наделяет это влечение силой принуждения, факт, признанный мыслителями всех времен и народов. Так, *Будда* писал: “Сексуальный импульс сильнее, чем анкус, с помощью которого управляют диким слоном, он горячее пламени, он подобен стреле, вонзающейся в дух человека”. В подобном смысле *Лютер* пишет: “Тот, кто желает обуздать порыв природы и не позволять ей свободно играть, как того хочет и должна природа, что он делает, кроме как настаивать на том, что природа не должна быть природой, что огонь не должен обжигать, что вода не должна мочить, что человек не должен ни есть, ни пить, ни спать”. *Шопенгауэр* описывает сексуальное влечение как “наиболее полное внешнее проявление воли к жизни, то есть концентрацию всех воли. * * Утверждение воли к жизни концентрируется в акте зарождения, и этот акт является его наиболее решительным выражением”. *Майнлендер* в своей *Философии освобождения* делает следующее утверждение: “В сексуальном импульсе заключается центр тяжести человеческой жизни. Ничему человек не уделяет более серьезного внимания, чем делу зарождения, и ни на какой другой цели он не концентрирует силу своей воли столь поразительным образом, как на совершении акта зарождения”. *Дебай* точно так же настаивает на силе сексуального влечения, говоря: “Союз полов - один из великих законов природы; этому закону мужчины и женщины подчинены так же полностью, как и все другие существа, они не могут избежать его действия”.

Согласно общему мнению, сексуальное влечение у женщин развито не так сильно, как у мужчин. *Хегар*, *Лицман*, *Ломброзо*, *П. Мюллер* и многие другие предполагают, что сексуальная чувствительность женщин ниже, чем у мужчин; *Фюрбрингер* склонен приписывать характеристику сексуальной фригидности подавляющему большинству немецких жен. Я не верю, что эта точка зрения о незначительной интенсивности сексуального влечения у женщин в целом хорошо обоснована, и могу допустить только то, что у девочек-подростков, неопытных в сексуальных вопросах, сексуальное влечение менее сильное, чем у юношей того же возраста, прошедших сексуальное просвещение. С того момента, когда женщина также была полностью просвещена относительно сексуальных отношений и действительно испытала сексуальное возбуждение, ее импульс к интимному физическому контакту и совокуплению столь же силен, как и у мужчин. Однако, в соответствии с доминирующими искусственными условиями, мужчина считает своим правом давать волю своим сексуальным желаниям и удовлетворять их без оглядки на последствия, тогда как женщина, ограниченная рамками, установленными законом и условностями, не может так легко уступить своей склонности к физической любви и должна насильно контролировать эту склонность. Более того, последствия такого потакания сексуальным влечениям налагают на женщину серьезное ограничение - последствия, которые существуют только для женщины.

Я могу далее указать в качестве дифференциальных характеристик, что у женщины сексуальное влечение более доступно добровольному контролю, чем у мужчины, пыл женской сексуальной страсти легче ослабляется, чем у мужчины; и опять же, что у женщины удовлетворение сексуального влечения менее ограничено, чем у мужчины. Чрезмерное

сексуальное удовлетворение, с одной стороны, и подавление сексуального желания - с другой, вообще говоря, менее вредны для женского организма, чем для мужского. В этих различиях, по моему мнению, заключается влияние, которое определяет тип сексуальности у соответствующих полов.

Следующий отчет *Хэвлок Эллис* дает об отличительных признаках сексуального влечения у женщины: “В процессе ухаживания женщина играет более пассивную роль, чем мужчина; у женщины физиологический механизм сексуальных процессов сложнее, и оргазм развивается более целенаправленно; сексуальное влечение у женщины чаще нуждается в активной стимуляции; кульминация сексуальной активности достигается в жизни женщины позже, чем в жизни мужчины, сила сексуального желания у женщины становится больше после того, как она вступает в регулярные половые сношения, женщины лучше переносят сексуальные излишества, чем мужчины; сексуальная сфера у женщин больше и более широко распространена, чем у мужчин; наконец, у женщины сексуальное влечение проявляет отчетливую тенденцию к периодическим обострениям, и оно в любом случае гораздо более изменчиво, чем у мужчины”. Тот же автор, опубликовавший несколько заметных биологических исследований на темы, связанные с сексом, утверждает, что источник эротического удовольствия у мужчин заключается в активности, а у женщин в пассивном состоянии - в опыте принуждения, и он считает, что сексуальное подчинение является необходимым элементом сексуального наслаждения женщин.

Хегар утверждает, что под термином *сексуальный импульс* подразумеваются две различные концепции: во-первых, импульс к совокуплению, желание плотского союза с представителем противоположного пола; во-вторых, импульс к размножению, желание детей. В то же время этот автор признает, что сомнительно, можем ли мы должным образом говорить о импульсе к размножению, когда размножение является всего лишь следствием совокупления; во всяком случае, в случае цивилизованного человека с идеей размножения связано так много размышлений, что вряд ли уместно говорить о чем-либо, имеющем природу импульса. В случае женщины это выражение менее уместно, поскольку у женщины существуют специальные органы для поддержания яйцеклетки после оплодотворения, и эти органы, возможно, могут привести к возникновению этой своеобразной формы умственной деятельности.

Согласно *Дарвину*, сравнительно меньшая интенсивность сексуального влечения характерна для самок всех видов животного царства. Самка требует длительного ухаживания и часто пытается в течение значительного времени ускользнуть от самца. В низших классах животного царства самка ведет отдельное существование, как только она была оплодотворена самцом, и сексуальные функции, таким образом, подчинены материнским. У птиц в период спаривания самец всегда более страстный и активный из них двоих, в то время как самка обычно остается пассивной и занимается строительством гнезда. У млекопитающих трудно определить, у самки или у самца половое чувство сильнее; но несомненно, что половые отношения редко бывают продолжительными, они продолжаются в большинстве случаев только в период течки или гона и самое большее только до рождения детенышей.

Исходя из этих явлений, наблюдаемых в животном мире, многие натуралисты пришли к выводу, что и у самок человеческого вида сексуальная чувствительность и интенсивность сексуального влечения ниже, чем у самцов, и даже что сексуальное чувство в целом у женского пола развито слабо, а иногда и вовсе отсутствует. Сложный аппарат, который в совокупности образуют первичные и вторичные половые признаки женщины, существует, согласно этому воззрению, не для удовлетворения сексуального влечения, а для выполнения

функции материнства. “Любовь у женщин, - говорит *Ломброзо*, - по своей фундаментальной природе является не более чем вторичным признаком материнства, и все чувства привязанности, которые связывают женщину с мужчиной, возникают не из сексуальных импульсов, а из приобретенных в результате адаптации инстинктов подчинения и самоотдачи”.

Мантегацца подчеркивает тот факт, что у женщин сексуальное желание очень редко сопровождается болями, аналогичными тем, которые возникают у мужчин, у которых сексуальное возбуждение проявляется в болезненном напряжении яичек и семенных пузырьков или в спазматическом, продолжительном приапизме.

Серджи пишет *Ломброзо*: “Нормальная женщина любит, когда мужчина льстит ей и ухаживает за ней, но уступает его сексуальным желаниям только как животное при жертвоприношении. Хорошо известно, сколько усилий должно быть приложено, сколько ласк должно быть затрачено, прежде чем женщина с удовольствием уступит желаниям мужчины и разделит его сексуальную страсть. Без применения этих средств женщина остается холодной и приносит так мало удовлетворения, как она чувствует. Есть девушки, которые совершенно не знакомы с радостями любви и либо энергично сопротивляются приближениям мужчины, либо уступают ему пассивно, без пыла и без энтузиазма. Хорошо известно также, что среди низших рас человечества используются средства для возбуждения сексуальной чувствительности у женщин, средства, которые кажутся нам равносильными пытке; и что мужчина с той же целью подвергается наиболее болезненным операциям, из которых очевидно, что слабая сексуальная чувствительность женщин на этих низших ступенях цивилизации полностью признана”. И еще: “Если нормальная женщина выходит замуж по любви, она прячет эту любовь глубоко в своем сердце и даже в день свадьбы не проявляет большого сексуального возбуждения; позже она часто жалуется, что в ее муже все еще сохраняется любовный пыл первых дней; очень умеренные сексуальные потребности жены образуют естественную и наиболее ценную преграду для гораздо более сильной страсти мужчины”.

Сен-Проспер высказывается в том же духе: “Женщины падают не из—за чрезмерной силы чувств - в этой области они повелительницы, в разительный контраст с мужчинами, у которых здесь самая слабая сторона. Женщину нужно побеждать не с помощью чувств; ее слабость кроется в другом — в ее сердце, в ее тщеславии”. *А де Ламбер* написал эпиграмму: “Женщины играют с любовью и отдаются любви, но они не отказываются от себя ради любви”.

Хорошо известно также высказывание *Данте*:

“Мы знаем, как быстро в женщинах угасает огонь любви

Если только глаз и рука не будут постоянно снабжать его свежим топливом”.

С другой стороны, в законах индусов утверждается, что сексуальное желание женщины так же мало может быть удовлетворено или утолено полностью, как всепожирающий огонь может быть наполнен горючими материалами, или как океан может быть переполнен реками, которые вливают в него свои воды.

Ломброзо находит доказательство сексуального безразличия женщин и больших сексуальных потребностей мужчин в существовании проституции, которой можно противопоставить существование только среди дегенеративных классов (как богатых, так и бедных) небольшой группы мужчин-проституток (альфонсов, сутенеров). Этот автор также ссылается на редкость и единообразие у женщин сексуальных психозов, столь частых у мужчин, как на признаки незначительной интенсивности сексуального желания у первых; и он ссылается также на ряд фактов, как, например, на возникновение платонической любви, которая, хотя на самом деле часто лицемерна, имеет реальное существование чаще у женского пола, чем у мужского; на длительное целомудрие девушек и на обеты целомудрия, которые редко даются, кроме как женщинами; более того, быстрое приспособление женщин к полигамии, а также их склонность к многоженству. скрупулезное соблюдение моногамии, которая для мужчины является скорее номинальной, чем фактической. Если в целом преобладает противоположный взгляд на женщин, то *Ломброзо* объясняет это тем фактом, что любовь - самое важное обстоятельство в жизни женщины. Таким образом, однако, причину следует искать не в эротической сфере, а в желании удовлетворить материнский инстинкт и в потребности женщины в защите. Знаменитый акушер *Джордано* заметил: "Мужчина любит женщину ради вульвы; что женщина любит в мужчине, так это мужа и отца. Всесторонне мы можем выразить этот вопрос, сказав, что в женщине меньше эротизма и больше сексуальности".

Как правило, замечает *Эрб*, считается, что сексуальное влечение у женщин менее интенсивно, чем у мужчин. Это достаточно верно, пишет он, в отношении молодых и девственных индивидуумов, которые еще не вступали в интимный контакт с мужчинами и в которых сексуальное желание и чувствительность еще не были непосредственно возбуждены; однако позже, когда половой акт уже начался, обычно происходит изменение, и сексуальные потребности активизируются и у женщин, требуя удовлетворения. Хорошо известно, что немало женщин испытывают сильные и неконтролируемые чувственные влечения, точно так же, как и мужчины. С другой стороны, мы должны настаивать на том, что довольно большое количество женщин обладают так называемой *естественной фригидностью* и не имеют чувственной склонности к половому акту, к которому они либо равнодушны, либо в некоторых случаях испытывают сильное отвращение, даже взирая на него с ужасом. Это отсутствие сексуального чувства у женщин особенно часто встречается у истеричных субъектов, и *Эрб* сообщает, что он сталкивался с довольно большим количеством случаев такого характера. Является ли для вполне здоровых женщин с нормальным сексуальным влечением полное воздержание от половых сношений, слишком часто принудительных, но иногда предпринимаемых добровольно, вредным по своим последствиям, — на этот вопрос, по словам *Эрба*, очень трудно ответить. Многие такие несчастные женщины уверяли его, что они жестоко страдали из-за вынужденного воздержания; большинство из них стали неврастениками или истеричками. Усложнение чисто физических воздействий ментальными воздействиями увеличивает сложность проблемы. Неврологи наблюдали женщин, к воздержанию которых принуждали либо во время брака, либо после его расторжения, которые после этого впадали в состояние сильного нервного истощения или нервного возбуждения, либо страдали от угрожающих психозов или даже фактически развивались у них. То, что сексуальное воздержание "абсолютно безвредно", как охотно верят моралисты и многие врачи, кажется *Эрбу* совершенно необоснованным предположением.

"В процессах размножения, " продолжает *Эрб* в своем обсуждении этого предмета, " женщина является главным страдальцем. С нечеловеческой жестокостью природа обрекла женщину на гораздо более трудную роль, чем мужчину, в общении полов и в сохранении

вида; мужчина подавляет и принуждает ее, она вынуждена приносить самые суровые жертвы ради нового поколения, сначала когда оно зарождается в ее утробе, а позже, когда оно вверено ее заботам; и слишком часто она не находит уважения и защиты, причитающихся ей за выполнение этих функций! По сравнению с жертвами, приносимыми женщиной, временное воздержание, которое является всем, что требуется от мужчины, будет признано мелочью! К счастью, как правило, молодая женщина, которая никогда не вступала в интимный контакт с мужчиной, оказывается от природы наделенной относительно слабым сексуальным импульсом! Об этом неравном распределении мужских и женских ролей со стороны природы можно сожалеть, но изменить это нельзя”.

Современные защитники прав женщин, которые требуют, чтобы и в сексуальной сфере женщина получила эмансипацию, выступают против точки зрения, что у мужчины сексуальное влечение сильнее, чем у женщины, а также против точки зрения, что, в то время как у мужчины побуждение сводится просто к половому контакту, у женщины определяющим мотивом к половому акту является желание материнства. Они жалуются на “извращенное подавление в женщине сексуального влечения и его физиологического удовлетворения”, поскольку сексуальная энергия и сексуальная чувствительность равны по интенсивности и идентичны по качеству у женщины и мужчины. Так, *Йоханна Эльберскирхен* пишет (*Die Sexualempfindung bei Weib und Mann*— Сексуальные ощущения в женщине и мужчине): “Тело и душа, все существо подчинено единому мощному чувству и импульсу, единая воля течет по нервам и крови, заставляя и направляя женщину к мужчине с непреодолимой силой; страстное желание снять сексуальное напряжение, жажда эйфории и плотского наслаждения, которые доминируют во всей личности. И именно это элементарное сексуальное влечение затуманивает мозг женщины, толкает ее в объятия мужчины, заставляет забыть весь позор, угрожающий ей и ее ребенку, приводит ее к сексуальному союзу — не тоска по ребенку, не так называемый импульс к материнству”. И еще: “Женщина жаждет любви, все ее органы любви взывают к любви, душа и тело * * *. Мыждем не только грубого полового акта. Мы одухотворяем его — по крайней мере, некоторые из нас делают это; во всяком случае, мы индивидуализируем его. Мы желаем одного конкретного мужчину, только он может утолить нашу тоску, наш телесный и ментальный голод по любви. Он удовлетворяет нас всеми своими любовными привязанностями”. Естественно, также выводится следствие: “сексуальным ощущениям у женщин и удовлетворению сексуального желания должен быть предоставлен свободный доступ в физиологических пределах, в рамках физиологической необходимости”.

Левенфельд утверждает, что в жизни женщины сексуальные функции играют сравнительно гораздо большую роль, чем в жизни мужчины, мысли и чувства женщины находятся, иными словами, под гораздо более сильным влиянием сексуальных вопросов, чем у мужчин; но тем не менее он придерживается мнения, что у нормальной женщины желание сексуального удовлетворения в среднем менее острое, чем у нормального мужчины. Значительно больше в женщине только эротического элемента, потребности любить и быть любимой идеальным образом, который возбуждается репродуктивными железами так же сильно, как и простое чувственное желание. Очень часто проявления этой идеальной потребности ошибочно приписываются чувственному импульсу, однако этот последний может полностью отсутствовать в тех случаях, когда эротический элемент сильно развит. Согласно *Левенфельду*, сексуальное влечение полностью отсутствует у молодых девочек до наступления половой зрелости и у пожилых женщин (в случае последних мы считаем это утверждение наиболее сомнительным); это отсутствие сексуального влечения сохраняется у девочек в течение неопределенного времени даже после наступления половой зрелости, пока они остаются свободными от какого-либо опыта сексуальной стимуляции. В этом

отношении они представляют собой заметный контраст с мужчинами того же возраста. У нормальных девушек, согласно тому же автору, эротические сны и подобные явления совершенно отсутствуют, и поэтому специфические сексуальные ощущения остаются им абсолютно неизвестными; отсюда следует, что сексуальное влечение, собственно говоря, не может возникнуть у таких индивидуумов, и в той мере, в какой они испытывают какое-либо желание полового акта, оно может принимать только форму жажды какого-либо наслаждения, природа которого совершенно неизвестна. Абсолютное отсутствие сексуального влечения (полная фригидность) сохраняется, согласно *Левенфельду*, у немалой доли женщин даже после вступления их в половую связь — *Эфферц* оценивает, что такая полная фригидность постоянна у 10 процентов. из всех женщин — и у еще большей части женщин - чувственный импульс никогда не превышает определенной минимальной интенсивности (частичная фригидность). Вполне вероятно, что в высших классах общества унаследованная предрасположенность, образование и, возможно, также более высокий интеллект в совокупности снижают интенсивность сексуального влечения. Однако, в отличие от этих женщин с фригидным темпераментом, мы встречаемся с женщинами, конечно, в очень ограниченном количестве, чьи сексуальные страсти чрезвычайно сильны и чьи потребности не может удовлетворить ни один мужчина.

Хегар, который считает, что сексуальное влечение у женщин редко бывает очень сильным, делает следующие выводы относительно влияния сексуального удовлетворения, с одной стороны, или воздержания, с другой, на продолжительность жизни и на физическое и психическое здоровье: “Насколько оправдывают какие-либо выводы сравнения между замужними женщинами и женщинами, давшими обет безбрачия (монахинями и членами других религиозных орденов, соблюдающих целибат), сексуальная активность и бездеятельность, соответственно, по-видимому, мало влияют на продолжительность жизни. Сравнения между замужними и незамужними женщинами действительно показывают, что удовлетворение сексуального влечения и процессы размножения явно вредны, если они испытываются до достижения полной половой зрелости. У замужних женщин в возрасте до тридцати лет, а в некоторых странах даже до сорока, смертность выше, чем у незамужних женщин. Заметно меньшую смертность замужних женщин по сравнению с незамужними после сорока лет обычно объясняют результатом полного выполнения половых функций. Это может, однако, найти более верное объяснение в отборе, производимом браком, особенно если мы примем во внимание, что из отобранных таким образом женщин более слабые особи были предварительно отсеяны процессами размножения:

“Меньшую смертность женатых мужчин в возрасте от двадцати лет и старше следует объяснять отбором подходящих мужчин, который происходит в браке, меньшей долей браков среди мужчин, занятых опасными профессиями, и ухудшением качества жизни неженатых в результате эмиграции. Тем не менее прямое благоприятное влияние брака неоспоримо, и, без сомнения, этические факторы этого института оказывают благотворное воздействие, тогда как удовлетворение сексуального влечения едва ли входит в расчет.

“Самоубийство, безусловно, очень мало зависит от подавления сексуального влечения, поскольку все мотивы, вытекающие из любовных отношений, в совокупности играют лишь небольшую роль среди причин самоубийства.

“Благотворное влияние брака на предотвращение безумия частично очевидно просто потому, что при отборе, осуществляемом браком, лица, предрасположенные к психическому расстройству, и те, у кого такое расстройство уже проявилось, по большей части уже исключены. Тем не менее, во всяком случае, в отношении мужского пола, благотворное влияние брака неоспоримо и заключается главным образом в благоприятных этических

факторах этого состояния. С другой стороны, у женщин преимущество брака сомнительно, поскольку нервные центры и нервная система в целом сильно подвержены влиянию процессов размножения.

“Сатириазис, нимфомания и истерия никоим образом не зависят от подавления сексуального влечения.

“Преступность среди состоящих в браке сравнительно менее распространена, чем среди неженатых. В преступных нападениях на молодых людей определенную роль играет подавленное сексуальное влечение.

“Хлороз никоим образом не зависит от подавления сексуального влечения. Заболевание, по-видимому, аналогичное хлорозу, встречающееся у незамужних женщин в возрасте от двадцати до тридцати лет, зависит скорее от психических причин и лечится другими средствами, помимо брака, особенно подходящей профессией. Брак и беременность явно вредны в случаях истинного хлороза.

“Удовлетворение сексуального влечения и в еще большей степени беременность способствуют у женщин возникновению и росту опухолей, часто приводят к механическим нарушениям и открывают путь для вторжения токсичных патогенных микробов.

“Остеомаляция встречается только у рожавших женщин”.

Молл делит сексуальное влечение на две составляющие: Импульс к интимному контакту (в смысле как физическом, так и ментальном) с лицом противоположного пола, который он называет импульсом сдерживания (*Kontrektationstrieb*); и импульс к изменению половых органов, который он называет импульсом детумесценции (*Detumeszenztrieb*). Первый импульс вызывает интимный физический и ментальный контакт между двумя заинтересованными лицами, второй импульс вызывает локальные процессы совокупления. У женщин детумесценция возникает в результате исчезновения местного отека и снятия нервного напряжения в половых органах с выделением индифферентных железистых выделений, в частности секрета бартолиновых желез, и, возможно, также секрета маточных желез. Интенсивность импульса детумесценции у женщин сильно различается у разных индивидуумов, причем эти вариации более обширны, чем те, которые имеют место у мужчин. У некоторых женщин импульс к интимному контакту, импульс к сокращению, является нормальным, хотя импульс к детумесценции полностью отсутствует (*вид Диспареуния*).

Рунге определяет сексуальный импульс как импульс, который объединяет полы. Этот импульс подчинен инстинкту, а именно инстинкту размножения; иными словами, сексуальный импульс побуждает индивида совершать действия, которые служат цели размножения, при этом агент не имеет прямого или преимущественного отношения к этой цели.

Сексуальное влечение, как ощущение, восприятие и импульсивность, является, согласно *фон Краффт-Эбингу*, функцией коры головного мозга; центр сексуального чувства, однако, еще не локализован. Тесные отношения, существующие между сексуальной жизнью и обонянием, приводят к предположению, что сексуальная и обонятельная сферы коры головного мозга находятся в непосредственной близости друг от друга. Развитие сексуальной жизни берет свое начало в органических ощущениях развивающихся половых желез. Теперь возникает взаимная зависимость между корой головного мозга как местом возникновения ощущений и восприятий и органами размножения. В результате анатомо-физиологических процессов они теперь порождают сексуальные восприятия,

репрезентации и импульсы. Кора головного мозга посредством воспринимаемых или воспроизводимых чувственных восприятий влияет на органы зачатия. Это влияние осуществляется при посредничестве центров сосудистой иннервации и эякуляции, которые расположены в поясничном расширении спинного мозга и, безусловно, находятся в непосредственной близости друг от друга. Оба являются рефлекторными центрами.

Психофизиологический процесс, охватываемый концепцией сексуального влечения, согласно *фон Краффт-Эбингу*, строится следующим образом:

I. О центральных или периферийных восприятиях, возбуждаемых.

II. О приятных ощущениях, связанных с ними.

Отсюда возникает импульс к сексуальному удовлетворению (*libido sexualis*). Этот импульс становится сильнее по мере того, как мозговое возбуждение, возникающее в результате соответствующего восприятия и работы воображения, усиливает интенсивность этих приятных ощущений. Если условия благоприятны для совершения полового акта, посредством которого достигается удовлетворение, постоянно усиливающийся импульс находит выражение в действии; при других обстоятельствах вмешивается тормозящее восприятие, сексуальное возбуждение уменьшается, активность центра эрекции подавляется, и сам половой акт предотвращается. В случае цивилизованного человечества быстрое действие таких представлений для подавления сексуального влечения является необходимым и решающим. На силу импульсивных восприятий оказывают важное влияние конституция и различные органические процессы; на силу тормозящих восприятий мощно действуют образование и культивирование самоконтроля.

В дополнение к психическим воздействиям все формы местного раздражения чувствительных нервов женских половых органов и прилегающих частей посредством внутренних процессов или внешнего трения служат для увеличения силы сексуального влечения. К внутренним процессам, которые стимулируют эректильный центр центростремительными импульсами, следует отнести раздражение увеличенного граафова фолликула, застой в различных сосудистых областях половых органов вследствие малоподвижного образа жизни, полнокровие в животе из-за чрезмерного потребления пищи и возбуждающих напитков и привычные запоры. Внешнее трение может проявляться в форме преднамеренных манипуляций, но оно может быть вызвано определенным положением тела или расположением одежды.

У лиц с нормальным телосложением сексуальное влечение ни в коем случае не является постоянным по своей интенсивности. Помимо временного безразличия, возникающего в результате сексуального удовлетворения, и помимо снижения импульса, возникающего после длительного воздержания, наступающего после счастливого преодоления определенной реакционной интенсивности желания, образ жизни оказывает очень большое влияние. Городской житель, которому постоянно напоминают о сексуальных вопросах и постоянно подталкивают к половому акту, в любом случае более подвержен сексуальному возбуждению, чем сельский житель. Сидячий и уединенный образ жизни, преимущественно животная диета, свободное употребление алкоголя и специй, и тому подобное оказывают стимулирующее действие на сексуальную жизнь. У женщин сексуальный импульс усиливается сразу после менструации. У женщин с невропатией это усиление возбуждения может достигать патологической степени. Нередко также в климактерический период женщины подвержены сексуальному возбуждению из-за кожного зуда, особенно у лиц с невропатической предрасположенностью. *Мэгнан* сообщает о случае с женщиной, которая подверглась утренним доступам из-за сильного генитального эретизма. Тот же автор пишет о

молодой леди, которая с момента полового созревания была подвержена постоянно усиливающемуся сексуальному влечению, которое она удовлетворяла мастурбацией. Постепенно стало так, что вид красивого мужчины вызывал сильное сексуальное возбуждение, и в таких случаях, поскольку она чувствовала, что не в состоянии отвечать за свое поведение, она обычно запиралась в своей спальне до тех пор, пока буря не утихала. В конце концов она отдалась любому доступному мужчине, чтобы отдохнуть от своих мучительных желаний, но ни половое сношение, ни онанизм не принесли ей облегчения, так что в конце концов ее отправили в сумасшедший дом.

Что касается патологического усиления сексуального влечения, сексуальной гиперэстезии, то конституция индивида, согласно *фон Краффт-Эбину* (Сексуальная психопатия), имеет большое значение. Он пишет: “С невропатической конституцией часто связано патологическое усиление сексуального влечения, и такие индивидуумы большую часть своей жизни несут тяжелое бремя этого конституционально аномального сексуального влечения. Интенсивность сексуального влечения может быть такова, что приравнивается к органическому принуждению, и свобода воли, таким образом, может оказаться под серьезной угрозой. Неудовлетворение этого желания может вызвать настоящий сексуальный накал (как у низших животных) или психическое состояние, характеризующееся ощущением тревоги, при котором индивид поддается импульсу, а его ответственность за свои действия весьма сомнительна. Если человек, пострадавший таким образом, не уступит своему желанию, он подвергается опасности из-за этого вынужденного воздержания повредить свою нервную систему, вызвав неврастению, или серьезно усугубить неврастению, которая уже существует.

“Чрезмерное сексуальное желание может возникать либо по периферийным, либо по центральным причинам. Первая разновидность встречается реже. Такие случаи, которые действительно имеют место, могут быть вызваны зудом гениталий, экземой или веществами, которые своим отдаленным местным действием стимулируют половое влечение, такими, например, как кантариды.

“Сексуальное возбуждение центрального происхождения часто встречается у лиц, страдающих врожденной невропатической предрасположенностью, у истеричных субъектов и в состояниях психической экзальтации. В таких случаях, когда кора головного мозга, включая психосексуальный центр, находится в состоянии гиперэстезии (ненормальная возбудимость воображения, облегченная ассоциация идей), не только оптические и тактильные ощущения, но также слуховые и обонятельные впечатления будут вызывать похотливое восприятие.

“Сексуальная гиперэстезия может быть непрерывной, с обострениями, или прерывистой, и даже периодической. В последнем случае, согласно *фон Краффт-Эбину*, это либо самостоятельный церебральный невроз, либо частичное проявление общего состояния психического возбуждения (мания, паралитическое слабоумие, старческое слабоумие и т.д.)”.

Эрогенными зонами, стимуляция которых приводит к увеличению интенсивности сексуального влечения и сексуальной чувствительности, у женщины являются прежде всего и главным образом клитор, который действительно считается единственной зоной такого рода в состоянии девственности (мнение, которого придерживаются *фон Краффт-Эбинг* и другие, но, безусловно, самое невероятное); затем следуют все наружные половые органы, и особенно части, покрытые волосами; также влагалище при трении и интер коитус; наконец,

сосок и его ареола, когда стимулируется щекотанием — повышение возбудимости этой области, по-видимому, является результатом сосания.

Согласно *Хенсену*, прямая стимуляция сексуального импульса происходит через спинной нерв (пениса или) клитора; он предполагает, однако, что определенные состояния половых желез способны вызывать повышение раздражимости центров, связанных с вышеупомянутыми нервами. У женщин определенно оказывается, что определенные состояния яичников оказывают стимулирующее или тормозящее влияние соответственно на сексуальное возбуждение, так что мы могли бы приписать яичникам роль регулятора сексуального влечения. Процессы, происходящие в яичнике во время созревания и разрыва фолликула граафа, и возникающее в результате напряжение стенки фолликула вызывают путем стимуляции нервов яичника повышенную чувствительность центральных зон и вызывают у менструирующей женщины состояние повышенной сексуальной возбудимости, так что незначительные раздражения приведут к сильному оргазму с большей готовностью, чем это было бы в противном случае, когда рефлекторная раздражимость центра менее выражена и, следовательно, сексуальный импульс менее интенсивен. Еще в большей степени, чем во время этих обычных менструальных процессов, эта стимуляция может быть эффективной во время менархе, когда изменения в яичниках происходят впервые и с наибольшей интенсивностью, так что в это время индивидуум может быть особенно восприимчив к сексуальной стимуляции.

В такие периоды сексуального возбуждения очень слабых внешних периферических раздражителей в форме либо тактильной стимуляции чувствительных нервов кожи и наружных половых органов, либо стимуляции воображения и перцептивных способностей мозга достаточно, чтобы вызвать мощное усиление сексуального влечения; тогда как в другие периоды, когда особого сексуального возбуждения нет, для получения такого эффекта необходимы гораздо более сильные раздражители. Таким образом, сексуальное влечение у женщин усиливается быстрее и мощнее по мере того, как центральный орган находится в состоянии временно повышенной возбудимости вследствие состояния яичников.

Удовлетворение этого импульса, акт совокупления, вызывает специфическое ощущение сексуального удовольствия; у женщины это достигается главным образом трением головки клитора, органа, в эрегированном состоянии выступающего вниз под прямым углом и давящего на введенный внутрь пенис — трение головки вызывает мощную механическую стимуляцию многочисленных сплетений чувствительных нервных волокон, которые заканчиваются в половых тельцах *Краузе*. Таким образом, у женщины мы находим в яичнике место возникновения и средства регуляции сексуального импульса, а в клиторе мы находим очаг специфического ощущения сексуального удовольствия.

В более бедных классах общества усиление сексуального влечения у женщин происходит главным образом вследствие дурного примера и неблагоприятных домашних условий, например, когда лица противоположного пола спят в одной постели, а также вследствие злоупотребления алкоголем. В состоятельных слоях общества именно чтение современных двусмысленных романов, посещение театров, балов и вечеринок и, вообще говоря, безделье в сочетании с роскошной жизнью стимулируют сексуальное влечение в женщине.

Определенная зависимость сексуального влечения от сезонных колебаний, по-видимому, существует и у человеческого вида. Во всяком случае, в определенные месяцы года продолжает повторяться определенное увеличение числа зачатий, что указывает на то, что в течение этих месяцев большее число половозрелых особей вовлечено в осуществление

сексуальных функций. *Розенштадт* рассматривает это как проявление "физиологического обычая", имманентного физическому строению цивилизованного человека и унаследованного им от своих животных предков. Он объясняет это следующими словами: "Первобытный человек унаследовал от своих предков-млекопитающих особенность воспроизводства себе подобных только в течение определенного периода, периода течки или гона. После того, как человечество вступило в этот период, совокупление стало совершаться в *массовом порядке*, что было легко ввиду примитивной общности половых сношений до возникновения брака. Однако в ходе своего продвижения к цивилизации человек начал воспроизводить себе подобных безразлично в течение всего года; но первоначальный "физиологический обычай", в соответствии с которым размножение происходило только в определенные сезоны года, не исчез и, действительно, сохраняется в определенной степени даже до наших дней как пережиток более ранней жизни млекопитающих и проявляется в ежегодном повторении в определенные месяцы увеличения числа зачатий. Аналогия в строении и функциях между половыми органами человека и других млекопитающих (у самок человекообразных обезьян не просто время от времени наступает период течки, но и более или менее регулярные менструации), которые по большей части воспроизводят себе подобных только в определенные периоды, приводит к заключению, что и у человеческого вида сексуальное влечение могло первоначально пробудиться только в определенное время года, и что сохранение этого физиологического обычая у человека, несмотря на то, что половые сношения происходят круглый год, и несмотря на то, что условия, необходимые для продолжения рода, отсутствуют. пробуждение сексуального влечения на самом деле является постоянным, должно передаваться по наследству".

Эта точка зрения, которой придерживаются и другие гинекологи, находит подтверждение в *предположении* Кулишера, основанном на этнологических исследованиях, согласно которому совокупление у первобытного человека происходило только в определенные сезоны, а именно весной и во время сбора урожая. В поддержку этой точки зрения, которой придерживался также *фон Хелльвальд*, *Кулишер* ссылается на ряд реальных и символических практик среди различных рас, которые делают это предположение чрезвычайно вероятным.

Сексуальное желание у женщин, сексуальный импульс, переживает надлежащую сексуальную жизнь и проявляется даже после прекращения менструации, когда исчезает возможность зачатия; следовательно, оно, по-видимому, не имеет необходимой связи с функцией овуляции.

На это указывает всегда респектабельное число женщин, вступающих в брак даже после достижения климактерического возраста. Таким образом, процент невест старше 45 лет составлял: В Пруссии - 2,58%; в Англии - 1,38%; в Швеции - 1,53%; в Ирландии - 0,31%. Весьма особый интерес представляют цифры, относящиеся к пожилым женщинам, которые выходят замуж за мужчин значительно моложе себя. Таким образом, из таблиц *Раута* мы узнаем, что за 10 лет в Ирландии:

Женщины в возрасте от 46 до 55 лет вышли замуж за

Мужчин моложе 17 лет в	1 случае.
Мужчины в возрасте от 17 до 25 лет в	35 случаях.
Мужчины в возрасте от 26 до 35 лет в	145 случаях.
Мужчины в возрасте от 36 до 45 лет в	227 случаях.

А женщины в возрасте старше 55 лет вышли замуж за

мужчин моложе 17 лет в	1 случае.
Мужчины в возрасте от 17 до 25 лет в	3 случаях.
Мужчины в возрасте от 26 до 35 лет в	12 случаях.
Мужчины в возрасте от 36 до 45 лет в	15 случаях.
Мужчины в возрасте от 46 до 55 лет в	52 случаях.

В Англии в течение 1855 года возраст невесты превышал климактерический возраст в 778 случаях. Невестами были:

В возрасте от 46 до 50 лет в	135 случаях.
От 51 до 55 лет в	219 случаях.
От 56 до 60 лет в	89 случаях.
От 61 до 65 лет в	22 случаях.
От 66 до 70 лет в	7 случаях.
От 71 до 75 лет в	3 случаях.
От 76 до 80 лет в	3 случаях.

В Богемии в 1872 году самой старой невесте было не меньше 86 лет.

Бернер сообщает о случаях, когда сексуальное влечение оставалось в полной активности после смены образа жизни, а в некоторых случаях значительно усиливалось по интенсивности — эти последние испытывали настоящие мучения, которые побуждали их мастурбировать для получения облегчения.

Сексуальный импульс может присутствовать в тех случаях, когда яичники полностью отсутствуют. Так, *Хауфф* сообщает о случае с молодой девушкой, у которой не было яичников, но, тем не менее, она была чрезмерно пристрастна к мастурбации. *Глэвеке* говорит о публичной женщине, у которой полностью отсутствовали матка и яичники, но которая утверждала, что испытывала во время коитуса активные сексуальные ощущения. И *Куссмауль*, и *Пуч* сообщают о схожем опыте в случаях отсутствия или задержки развития матки.

Что касается влияния оофоризэктомии на сексуальное влечение, большинство авторов утверждают, что никаких изменений не происходит; тем не менее, остается много тех, кто придерживается противоположного мнения. Из коллективного резюме случаев, относящихся к этому вопросу, составленного *Глэвеке*, следует, что после экстирпации яичников сексуальное влечение в подавляющем большинстве случаев остается неизменным или, в лучшем случае, лишь слегка ослабевает по интенсивности. *Хегар* утверждает, что он часто был свидетелем снижения сексуального влечения после оофоризэктомии, но это снижение ни в коем случае не является постоянным, более того, он утверждает, что одна из его пациенток заверила его, что в ее случае никакого снижения интенсивности сексуального влечения после операции не последовало. Столь же неоднозначными были сообщения об опыте *Шмальфуса*. В одном случае он обнаружил лишь незначительное сексуальное влечение; в одном случае - нежелание; в одном случае сначала возникло нежелание, за которым последовало возвращение влечения. *Брунтцель* сообщает, что у четырех пациентов, перенесших оофоризэктомию, в двух случаях сексуальное влечение сохранялось,

но в оставшихся двух оно было подавлено. *Кеберле* придерживается мнения, что в результате этой операции сексуальное влечение уменьшается. *Пизли*, напротив, утверждает, что пациентки остаются яркими примерами женственности, в которых сохранены все качества, свойственные их полу. *Пеан* не наблюдал, как правило, никакой разницы в сексуальном влечении, возникающем в результате этой операции, но он считает, что пациенты склонны описывать в преувеличенных выражениях количество сексуальных ощущений, которые у них остаются. В одном случае *Спенсер Уэллс* наблюдал после офоризэктомии повышение сексуальной возбудимости; у *Тиссье* был такой же опыт, и этот автор считает, что в этих случаях сексуальное влечение в целом сохраняется. С другой стороны, *Байи* наблюдал случай, когда оба яичника были удалены из-за новообразований, при которых сексуальное влечение сначала стало чрезмерным, а затем полностью исчезло. *Гнев* и *Гуделл* выражаются в одном и том же смысле.

Я сама знакома с женщиной двадцати шести лет, которая в девичестве перенесла офоризэктомию из-за чрезвычайно серьезных нервных расстройств, связанных с менструациями; вследствие этого она не испытала никакой потери сексуального влечения; она вышла замуж за мужчину, принадлежащего к высшим слоям общества, и четыре года спустя проконсультировалась у меня, чтобы узнать, можно ли каким-либо образом сделать ее способной к вынашиванию ребенка. Из моего личного опыта известны два других случая, когда молодые женщины выходили замуж после экстирпации яичников и у них сексуальное желание и сексуальные ощущения были всем, чего можно было пожелать.

У двадцати семи женщин, перенесших операцию офоризэктомии, *Глэвеке* задала вопросы по трем следующим пунктам: во-первых, повлияла ли операция на сексуальное влечение; во-вторых, испытывалось ли сексуальное удовольствие во время полового акта в той же степени, что и ранее; и в-третьих, наблюдались ли во время полового акта какие-либо различия по сравнению с опытом до операции. Он получил следующие результаты:

В 6 случаях,	22%,
сексуальное влечение не было затронуто	22 процента.
Уменьшился в 10 случаях	на 37 процентов.
Потушено в 11 случаях	в 41 проценте случаев.
Сексуальное удовольствие во время коитуса не было затронуто	
Не поражен в 8 случаях	31 процент.
Уменьшился в 10 случаях	на 38 процентов.
Потушено в 8 случаях	31 процент.

Таким образом, *Глэвеке* обнаружил, что в значительном числе случаев сексуальное влечение не совсем угасло, но все же заметно уменьшилось. В другой группе случаев сексуальное влечение было полностью подавлено, но только в одном случае имело место фактическое отвращение к половому акту. Женщины охотно разрешали половой акт, когда этого желали их мужья, но сами оставались совершенно безразличными. Большее число этих женщин заявили, что специфическое ощущение удовольствия во время полового акта было заметно ослаблено, но не полностью утрачено; у небольшой части это ощущение было полностью подавлено. В случае с семью женщинами, которые жаловались на то, что половой акт был очень болезненным, *Глэвеке* обнаружила, что размер влагалища значительно уменьшился. В этих случаях ощущение удовольствия во время полового акта было либо значительно уменьшено, либо полностью подавлено. Женщины допускали половой акт очень неохотно, их нежелание возникало не из какого-либо действительного

отвращения, а потому, что они боялись боли, которую причинял половой акт. Крайне истеричная женщина, страдавшая тяжелым выпадением матки, заявила, что каждая попытка полового акта срывалась сильными истерическими конвульсиями. Сексуальное влечение, по-видимому, всегда страдает первым и наиболее сильно, и только после этого страдает ощущение удовольствия во время коитуса. Только у нескольких женщин, согласно опыту этого автора, удаление яичников совершенно не повлияло на сексуальное влечение.

Ампутация клитора, по-видимому, заметно снижает как сексуальное влечение, так и ощущение сексуального удовольствия, но результаты клиторидэктомии для излечения от мастурбации далеко не всегда благоприятны. У женщин русской секты *Скопцов* удаляют клитор, нимфы и часть больших половых губ, чтобы уничтожить сексуальное желание. Согласно *фон Краффт-Эбингу*, вероятно, что у девственницы клитор является единственной эрогенной зоной, то есть только стимуляцией клитора можно вызвать эрекцию, оргазм и ощущение семяизвержения. Вероятно, что влагалище становится эрогенным только в результате коитуса; однако с этого момента эрогенное значение клитора заметно уменьшается, а при многоплодии может полностью исчезнуть.

Нимфомания, Наркоз и сексуальная психопатия.

Сексуальное влечение у женщин подвержено болезненным изменениям, как в виде усиления, так и в виде уменьшения, проявляющимся в ненормальном насильственном усилении (нимфомания) или снижении до состояния полной фригидности и сексуального безразличия, или, наконец, проявляющимся каким-либо извращенным образом (сексуальная психопатия).

Психопатически повышенный сексуальный импульс у женщины известен как нимфомания или утеромания. У таких женщин преобладает состояние психической гипертезии, главным образом в генитальной сфере. Самые безразличные восприятия вызывают эротические ощущения и похотливые импульсы. Все чувственные восприятия приобретают сексуальное содержание и вызывают стимуляцию коры головного мозга. Все ощущения и вся активность у таких несчастных существ в конечном счете концентрируются в акте совокупления или в какой-либо другой форме сексуального удовлетворения, при этом часто возникают величайшие извращения сексуальной практики - мастурбация, трибадизм и, по большей части, проституция, даже у замужних женщин.

Женщина-нимфоманка, говорит *фон Краффт-Эбинг*, стремится привлечь мужчин обнажением половых органов или неприличными жестами; вид мужчины вызывает сильное сексуальное возбуждение, которое удовлетворяется мастурбацией или стимулирующими движениями таза. Согласно этому автору, нимфомания встречается не так уж редко в климактерический период; она может возникнуть даже в пожилом возрасте. Воздержание в сочетании с одновременным возбуждением сексуальной сферы психическими или периферическими раздражителями (половой зуд, оксипурис и т.д.) Может вызывать эти состояния, однако, вероятно, только у лиц, наследственно предрасположенных.

История античности содержит записи о коррумпированной практике императриц-нимфоманок. Таким образом, Мессалина представляет собой хорошо известный исторический пример ненормальной жестокости патологически усиленного сексуального влечения у женщины. Она получила прозвище *непобедимая*, приняв объятия четырнадцати спортсменов. *Плиний* говорит о ней: "*умри ночью супервласти квинто и наоборот наложнице*"; а *Ювенал* пишет о ней стихи: "

... tamen ultima cellam

Clausit, adhuc ardens rigidæ tintigine vulvæ

Et resupina jacens multorum absorbuit ictus

Et lassata viris, necdum satiata, recessit.

В развращенном Риме Мессалина была не единственной женщиной *necdum satiata*, когда-либо ненасытной; нам достаточно сослаться на оргии Агрипины, Ливии, Маллонии или Поппеи; и *Сенека* бросает женщинам своего времени упрек, *adeo perversum commentæ genus impudicitiae viros ineunt*. А о Клеопатре, прекрасной египетской царице, Марк Антоний пишет в письме своему врачу Сорану, что у нее было такое сильное сексуальное желание, что привело к тому, что она вступила в связь в борделе со 106 мужчинами.

Из сообщения *Геродота* хорошо известно, что пирамида Хеопса была построена многочисленными любовниками дочери этого царя, которые воздвигли этот огромный памятник в знак признания того, что она бесчисленное количество раз уступала их желаниям. Зарегистрированы также сексуальные эксцессы римских женщин на праздниках Сатурна, Бона Деа и Приапа; действительно, многие из этих женщин позволяли себе разврат в храмах (*Плосс и Бартельс*).

Но, возвращаясь к сегодняшнему дню, как гинекологи, так и психиатры фиксируют многочисленные случаи значительного патологического увеличения интенсивности сексуального влечения у женщин. Согласно *Ломброзо*, такая продолжительная пылкость сексуального желания наблюдается главным образом у женщин с наследственной склонностью к преступности и проституции, в природе которых похоть сочетается с варварством. Он приводит примеры таких женщин, одна из которых отдалась рабочим своего мужа; у другой были в любовниках все головорезы Техаса; третья имела сношения со всеми пастухами своей деревни; четвертая, хотя ее муж занимал хорошее социальное положение, вела жизнь проститутки; пятая, культурная и интеллигентная женщина, развлекалась с простым каменщиком и писала ему письма, полные бесстыдных признаний в своей сексуальной страсти; далее он пишет о ряде преступников, у которых, действительно, повышенное сексуальное желание является обычным явлением; одна из этих женщин была проституткой. , воровка, испытывавшая сексуальное возбуждение при одном взгляде на красивого мужчину; убийца, в которой похотливое чувство вызывало мастурбацию всякий раз, когда она видела мужчину, и которая проводила эксперименты по половому акту с собаками; другая, которая часто брала с собой в постель, помимо ее сына, трех или четырех мужчин, выбранных наугад с улицы; и многие другие. *Джолли* сообщает о случае с вдовой, знаменитой *львицей* из *полусвета*, которая хранила в своем письменном столе, бок о бок с религиозной литературой, ряд похотливых книг и препаратов кантарида и развлекала довольно большое количество любовников крепкого телосложения, набранных из самого низкого сословия.

У истеричных женщин сексуальное влечение часто чрезмерно и может усиливаться до такой степени, что вызывает галлюцинации полового акта; иногда, с другой стороны, влечение угасает или претерпевает психопатические метаморфозы, самым парадоксальным образом переходя от сексуальной фригидности к похотливым размышлениям и постоянному занятию сексуальными делами; нередко у таких женщин ложные обвинения в непристойных нападениях, жертвами которых они объявляют себя.

Ломброзо приводит несколько примеров усиления сексуального влечения у истеричных женщин: “Истеричная девушка посетила врача и сказала ему: ‘Я все еще девственница, возьми меня’; она подвергла его крайней провокации и впоследствии утверждала, что

подверглась насилию. Другая истеричная особа, богатая молодая леди, встретила на улице рабочего, предложила ему себя, была принята, а когда вернулась домой, рассказала об этом со смехом. Третья искала мужчин с улицы, чтобы найти одного из них, страдающего сифилисом, ее целью было заразить этой болезнью своего собственного мужа”.

По наблюдениям *Шюле*, молодые замужние истеричные женщины нередко сбегают с официантом во время свадебного путешествия. Этот автор также указывает, что у женщин моральное помешательство особенно часто проявляется в первые годы супружеской жизни. Многие пропагандируют далеко идущий распутство и угрожают пойти в бордель. В этих формах мы наблюдаем, помимо дурного нрава и злобности, особенно непристойность и трибадизм.

Такой случай, наблюдаемый *Жиро* и цитируемый *фон Краффт-Эбингом*, заключается в следующем: Марианна Л. из Бордо ночью, когда ее хозяин крепко спал под воздействием введенных ей наркотиков, имела привычку отдавать детей своего хозяина своему любовнику для его сексуального удовлетворения и делала их свидетелями самых аморальных сцен. Оказалось, что Л. была истеричкой, страдала гемианестезией и судорожными припадками, и что до своей болезни она была разумным и заслуживающим доверия человеком. Однако после болезни она занималась проституцией самым бесстыдным образом и полностью утратила нравственные чувства.

Гален рассказывает о своей собственной матери, что она страдала нимфоманией и во время нападений кусала своих рабынь, как дикое животное.

В качестве негативного аспекта сексуального влечения у женщины мы должны рассматривать отсутствие влечения, или сексуальную анестезию, а также отсутствие ощущения удовольствия во время акта совокупления, или диспареунию.

О диспареунии мы поговорим более подробно позже, в связи с патологией совокупления. Однако, что касается полного отсутствия сексуального влечения у женщин, чьи половые органы нормально развиты и нормально выполняют свои функции, и чье состояние мозга также нормально, мы должны рассматривать такое отсутствие как чрезвычайно редкое состояние, если оно действительно когда-либо возникает. Сексуальное влечение отсутствует только в тех случаях, когда женские половые органы отсутствуют полностью или в значительной степени, или при наличии серьезных церебральных нарушений или состояний психической дегенерации.

Обычно у молодой, сексуально неиспорченной девушки сексуальный инстинкт^[34] дремлет в коре головного мозга, но становится активным в виде ощущений, восприятия и импульсов, как только мозговой центр возбуждается ментальными впечатлениями или физической периферической стимуляцией половых органов и окружающей их среды. К стимулам последнего класса следует отнести менструальный стимул, вызванный процессами развития в период полового созревания. Эти стимулы вызывают в коре головного мозга ощущения и перцепции, которые, переходя в специфические сексуальные чувства, порождают импульс к увеличению интенсивности этих чувств путем целенаправленных действий; таким образом пробуждается сексуальный импульс, сила которого чрезвычайно изменчива.

Только тогда, когда кора головного мозга, как место возникновения ощущений и восприятий, не выполняет свои функции только что описанным способом, или когда не происходят анатомо-физиологические процессы в половых органах, которые обычно действуют как периферические раздражители, или когда происходит сбой в проводящих путях, сексуальные восприятия и импульсы отсутствуют. Такие аномалии могут быть врожденными.

Более легкая форма - это та, которая также врожденная, при которой женщина обладает сексуально “холодной натурой”; в этих случаях сексуальное влечение не полностью отсутствует, но оно настолько слабо по интенсивности, что может быть пробуждено только очень сильными стимулами, и в своем нормальном состоянии женщина, пострадавшая таким образом, совершенно свободна от какого-либо желания сексуального удовлетворения.

Такая врожденная субнормальная интенсивность или полное отсутствие сексуального влечения могут быть вызваны самыми разными причинами. Согласно *фон Краффт-Эбингу*, эти причины могут быть органическими или функциональными, психическими или физическими, центральными или периферическими. Снижение интенсивности сексуального влечения с возрастом и временное исчезновение этого влечения после полового акта являются физиологическими явлениями. Образование и образ жизни оказывают заметное влияние на интенсивность сексуальной жизни. Напряженная умственная деятельность, серьезная учеба, серьезные физические нагрузки, психическая депрессия и воздержание от половой жизни заметно снижают возбудимость сексуального влечения. Действительно, сначала воздержание приводит к увеличению интенсивности влечения, но рано или поздно функциональная активность органов размножения снижается, а вместе с тем и интенсивность сексуального влечения. Как периферийные причины уменьшения или исчезновения сексуального влечения, *фон Краффт-Эбинг* упоминает офоризктомию, дегенерацию половых желез, малярию, сексуальные излишества, будь то в форме полового акта или мастурбации, и алкоголизм. Подобным образом следует интерпретировать исчезновение сексуального влечения при общих нарушениях питания (сахарный диабет, морфинизм и т.д.).

Снижение интенсивности сексуального влечения вследствие дегенерации проводящих путей обнаруживается, согласно *фон Краффт-Эбингу*, при заболеваниях головного и спинного мозга. Центральное поражение сексуального влечения может быть вызвано органическим заболеванием коры головного мозга (паралитическое слабоумие, общий паралич душевнобольных на поздних стадиях), или это может быть связано с функциональным расстройством, таким как истерия, или с психическими заболеваниями (меланхолия или ипохондрия).

Наконец, в некоторых случаях сексуальное влечение у женщин проявляется не обычным образом, когда целью является совокупление с мужчиной, а в форме, требующей какого-то ненормального удовлетворения (сексуальная психопатия), будь то потому, что половое сношение с мужчиной не доставляет женщине удовольствия, или просто потому, что для такого сношения нет возможности.

Мастурбация встречается очень часто; привычка, приобретенная девушкой из-за дурного примера во время менархе, иногда сохраняется женой в течение супружеской жизни. В этих случаях мы часто обнаруживаем отчетливые изменения в половых органах, такие как гипертрофия клитора, увеличение и синюшное изменение цвета нимфы, ретроверсия матки, болезненность и смещение яичников, значительные выделения из влагалища, а иногда и меноррагия.

Куссмауль обращает внимание на связь между мастурбацией и нимфоманией, с одной стороны, и несовершенным развитием матки и других половых органов, с другой. *Кэмпбелл* описывает случай женщины, пристрастившейся к мастурбации, у которой никогда не было менструаций и у которой, в дополнение к несовершенным половым органам, была дермоидная киста яичника. У молодой женщины, которая предавалась мастурбации, *Аран*

обнаружил, что матка и ее приложение были развиты несовершенно. *Ваддингтон* также описывает случай аномального сексуального влечения, которое было связано с отсутствием матки.

Трогглер сообщает о случае с двадцатилетней женщиной, которая шесть месяцев была замужем за здоровым, сильным мужчиной, сама была здоровой и цветущей, с хорошей семейной историей и никогда не страдала никакими серьезными заболеваниями. В возрасте тринадцати лет она научилась мастурбировать, добиваясь этого путем стимуляции клитора. Теперь она не находила удовлетворения в половом акте, так что продолжала мастурбировать и во время полового акта получала удовлетворение от ручного трения клитора. Осмотр показал, что клитор был поразительно большим, влагалище вялым и имелись некоторые выделения из влагалища; в остальном половые органы были в норме.

Нередким, это может быть у тех, чье психическое состояние в других отношениях довольно нормальное, или у психопатических субъектов, является наличие противоположных сексуальных ощущений, или сексуальной инверсии, состояния, которое было описано *Каспером*, *Вестфалем*, *фон Краффт-Эбингом* и *Моллем*, и действительно было хорошо известно со времен античности. В случае со значительным числом известных женщин были зафиксированы гомосексуальные практики. Согласно наблюдениям *Кофиньона*, в Париже гомосексуальный инстинкт, проявляющийся не только у проституток, но и у других женщин, обнаруживается главным образом у дам аристократии.

Из женщин с гомосексуальными наклонностями некоторые занимаются практикой трибадизма, знакомой древнему миру и описанной *Марциалом* в сатире, в которой сексуальное удовлетворение достигается взаимным трением половых органов или проникновением клитора одной женщины во влагалище другой; в то время как некоторые предаются *любви лесбиянок*, в которой удовлетворение достигается *ламбендо языком гениталий*, действительно очень древней практике, перенесенной из Финикии в Грецию (где в особенности этому предавались женщины Лесбоса), а позже из Сирии в Италию, где оно было широко распространено среди римлян эпохи империи. *Сапфо*, прославляемая как десятая муза, как предполагается, была пристрастна к практике лесбийской любви.

Таким образом, все такие гомосексуальные особи (женского пола) наделены извращенным инстинктом к сексуальной связи с женщинами, а не с мужчинами. В таких случаях гениталии обычно вполне нормальны; иногда, однако, пораженная таким образом женщина явно принадлежит к мужскому типу, и *фон Краффт-Эбинг* называет ее *гинекологом*, а саму привязанность называет *гинекологией*; когда соответствующая женщина не только обладает гомосексуальным импульсом, но и в других отношениях проявляет тенденции, должным образом характерные для мужского пола, ее называют *virago*, а привязанность - *viraginity*.

Под моим присмотром находилась такая женщина, принадлежащая к высшим кругам общества, которая была замужем шестнадцать лет назад, прожила замужней жизнью шесть лет (в течение которых она оставалась бесплодной), а затем рассталась со своим мужем. У нее был очень мужской нрав, она курила, играла в азартные игры, пила, как студентка, предпочитала носить мужскую одежду и дарила свою привязанность спутнице жизни. Осмотр половых органов не выявил никаких отклонений, кроме небольшого катарального явления во влагалище. Менструации были регулярными, и общий вид ничем не отличался, за исключением небольших усиков, оттенявших верхнюю губу, от обычной женской красоты.

Мантегацца придерживается мнения, что в случае многих несчастливых браков, в которых источник несчастья неясен, проблему следует искать в гомосексуальных наклонностях жены. *Мартино* и *Молл* сообщают, что замужние женщины, склонные к гомосексуализму, вступают

в половые сношения с другими женщинами за спиной своих мужей. Дюхуссена заседании Антропологического общества в Париже в 1877 году рассказал о почти невероятном случае замужней женщины-гомосексуалиста, которая во время полового акта с другой женщиной передала последней сперму своего мужа, чтобы вызвать беременность.

Многие авторы по судебной медицине, *Тардые, Пфафф, Шауэнштейн, Вальд и Мантегацца*, например, зафиксировали, что во многих кругах европейского общества женщины практикуют мастурбацию и трибадизм (так называемую содомию) с собаками и обезьянами; и *хорошо известно* утверждение Плутарха о египетских женщинах и священном козле Мендесе, что женщины, которые были заперты с этим животным, практиковали содомию с ним; и снова утверждается, что женщины, которые были заперты с этим животным, практиковали содомию с ним. змеи в храме Эскулапа, а также в частных домах использовались в практике содомии.

Фон Машка приводит дело, которое несколько лет назад рассматривалось в суде Праги, в котором женщина сорока четырех лет призналась, что “из-за очень пылкого темперамента, которым она обладала, она, возможно, раз шесть баловалась со своей домашней собачкой, которая прыгала у нее между ног и лизала ее; что она брала животное между голых ног, гладила его живот, пока его пенис не становился эрегированным; затем, опершись на спинку стула, она прижала животное к себе, ввела его пенис между своих больших половых губ и...” “позвольте ему продолжать свои движения до тех пор, пока его семя не будет извергнуто”. Обследование половых органов этой женщины не выявило никаких отклонений.

Шауэнштейн сообщает о случае с девушкой, которая совершала нецеломудренные действия с маленькой собачкой в совершенно неумеренных масштабах, так что по прошествии нескольких лет она умерла в приюте для умалишенных. В случае, зафиксированном *Уолдом*, служанка была замечена за непристойными действиями с пуделем; она опиралась на локти и колени, в то время как собака совокуплялась с ней сзади.

Женщина около тридцати лет, прожившая со своим мужем в бесплодном браке девять лет, пожаловалась мне, что у нее долгое время не было половых сношений, поскольку во время совокупления она не только не испытывала сексуального удовольствия, но фактически испытывала отвращение к этому акту; с другой стороны, она была подвержена неконтролируемому импульсу трогать половые органы детей, как мужского, так и женского пола, и это представление доставляло ей сексуальное удовлетворение; во время менструации этот импульс подавлял ее волю. Местное обследование у этой пациентки показало, что матка была увеличена и ретрофлексирована, а также имела место анестезия влагалища.

Анжель сообщает о следующем случае периодической сексуальной психопатии, связанной с менструациями. Дама спокойного нрава, близкая к климактерическому периоду. Серьезная врожденная предрасположенность. В юности страдала приступами легкой эпилепсии. Замужем, но бездетна. Несколько лет назад, после сильного эмоционального потрясения, у нее случился истероэпилептический припадок, за которым последовала постэпилептическая мания, длившаяся несколько недель. После этого бессонница в течение нескольких месяцев. Как следствие, постоянно повторяющаяся менструальная бессонница, сопровождающаяся желанием обнимать мальчиков младше десяти лет, целовать их и трогать их половые органы. Импульс к коитусу, к тесному сексуальному контакту со взрослым мужчиной, в настоящее время отсутствует. Пациентка часто открыто

говорит о своем болезненном импульсе и просит, чтобы за ней присматривали, поскольку она чувствует себя неспособной отвечать за свое собственное поведение. В промежутках, однако, она тщательно избегает любых упоминаний об этом, ведет себя строго прилично и ни в коей мере не проявляет сексуальной пылкости.

Трибадизм часто упоминается писателями классической древности, особенно греческими, где культ обнаженной красоты поощрял сексуальное возбуждение этого персонажа. Эта форма распутства была распространена среди девушек-флейтисток Греции, и на тайных празднествах таких партнеров призывалась Афродита Перибазия. *Лукиан* в своих "диалогах гетер" изображает чрезвычайно страстную природу этих гомосексуальных союзов между девушками. *Ломброзо* воспроизводит описание такого любовного пиршества у Ювенала. "Когда флейта зовет к танцу, менады, разгоряченные вином и пивом, распускают свои длинные косы, они томно и жадно вздыхают, и горячее желание влечет их друг к другу, желание и страсть танца придают их голосам чарующее звучание; теперь ничто не может обуздать их необузданные желания. *Лакаселла* размахивает своим венком, который она выиграла в состязании похотливых жестов и телодвижений, но даже она должна уступить Медуллине с ее пылкими позами. В этих играх нет и следа нереальности, и самый суровый спартанец, закаленный с самой колыбели, даже сам старый Нестор, несмотря на свою грыжу, не мог не прийти в восторг от такого зажигательного зрелища".

Кроме того, в наши дни практика трибадизма распространена шире, чем люди в целом себе представляют. Я часто сталкивался с подобными примерами у дам с хорошим положением, которые были уже не первой молодости, которые не хотели или не могли выйти замуж и которые предпринимали длительные путешествия с "компаньонкой" того же возраста или, возможно, немного моложе. Их эротические потребности, которые не могли быть удовлетворены обычным способом, привели к этому сексуальному извращению — тенденции, особенно наблюдаемой у лиц с невропатической предрасположенностью или со склонностью к истерии или эпилепсии. Иногда такие девочки еще до достижения половой зрелости проявляют склонность носить мужскую одежду, избегать любых женских физических занятий, а также осматривать половые органы своих товарищей по играм и трогать их руками. Даже после достижения половой зрелости таким трибадистам нравится выставлять напоказ свои мужские взгляды, они коротко стригутся, носят одежду мужского покроя, много курят и демонстрируют в своих разговорах, а еще больше в письмах, большую экзальтацию страстей. Нередко случается, что пожилая дама, которая хорошо жила в свое время и с юности много общалась с мужчинами, в конце концов начинает жаловаться на свою никчемность для мужчин и от этого приходит к идее получения сексуального удовольствия посредством трибадизма. Трибадистский союз иногда длится несколько лет, но в большинстве случаев союзы быстро и часто меняются.

Согласно *Таксилу*, трибадизм довольно распространен среди замужних женщин Парижа, а среди женщин высшего сословия - чрезвычайно распространен. Этот автор описывает, с каким усердием и настойчивостью многие пожилые трибадисты пытаются завоевать себе расположение и соблазнить молодых девушек, точно так же, как пожилые женщины часто усердно работают, чтобы заработать деньги для удовольствия любимого человека.

В этих объединениях, согласно описаниям *Ломброзо*, происходят весьма примечательные явления. Возникает особый жаргон, связанный с нежными обозначениями той или иной телесной красоты; возникает сильная ревность, и недавно объединившаяся пара старается держаться вместе, насколько это возможно, из страха потерять привязанность друг друга; "друзья" всегда идут по стопам друг друга. Этот автор справедливо отмечает, что очень многочисленные романы, описывающие отношения такого рода, доказывают

распространение этого порока в “светской жизни”. На романы этого класса ссылается *Мантегацца* в своей книге “Женщина как преступница и проститутка”. He mentions: *Diderot*, “La Religieuse;” *Balzac*, “La Fille aux Yeux d’Or;” *Gautier*, “Mademoiselle de Maupin;” *Feydeau*, “Le Comtesse de Cholis;” *Flaubert*, “Salammbô;” *Bélot*, “Mademoiselle Giraud ma Femme;” *Willbraud*, “Fridolins Heimliche Ehe;” *Граф Стадион*, “Брик и Брэк”; *Захер-Мазох*, “Венера в Пельце”. *Золя* также в “Нане” и “Кюре” и *Бутти* в “Антоне” делают некоторые ссылки на этот вопрос.

Соваль рассказывает о распутной жизни при дворе французского короля Франциска I, что женщины научились также играть роль мужчин; у принцессы была фрейлина-гермафродитка, и двор и весь Париж сплетничали о дамах, любящих лесбиянок, чьи мужья были в восторге, поскольку таким образом они полностью освободились от ревности, и за это ценили своих жен превыше всего. Такой образ жизни был настолько приятен многим дамам, что они отказывались выходить замуж, а также отказывались позволять жениться своим “друзьям”.

Трибадизм очень распространен среди проституток. Согласно *Парент-Дюшателе*, трибадизм начинается только после того, как проституция практикуется уже давно, между двадцать пятым и тридцатым годами жизни; как правило, существует заметная разница в возрасте, а также в красоте между двумя женщинами, образующими трибадистский союз, и, как правило, более молодая и красивая из пары более страстно чувствительна и более постоянна. *Парент-Дюшателе* пытается объяснить происхождение трибадизма, ссылаясь на то, что в публичных домах и исправительных учреждениях женщины тесно прижаты друг к другу, на принудительное воздержание от нормальных половых сношений (в тюрьмах и исправительных учреждениях), на отвращение к мужчинам, которое иногда испытывают проститутки, и на возможности взаимного наблюдения за самой интимной наготой. Даже женщины, которые поначалу яростно возражают против этого, обычно поддаются этому пороку через восемнадцать-двадцать месяцев.

Среди 103 проституток, обследованных *Ломброзо*, он обнаружил, что трибадизм практикуют пятеро. Он считает, что основная причина трибадизма кроется в похотливом поиске новых и неестественных удовольствий, и цитирует в качестве иллюстрации характерное замечание Екатерины II, которая сама была трибадисткой: “Почему природа не наделила нас шестым чувством?” Женщины—преступницы, которые соблазняют других к практике трибадизма, обычно сами приобретают этот порок в течение длительного срока тюремного заключения - фактически, преступницы с длительным сроком заключения, женщины с врожденной склонностью к преступлениям, также склонны к неестественному пороку. На влияние окружающей среды, согласно *Ломброзо*, указывает тот факт, что наиболее закоренелые преступники в женских тюрьмах развращают таким образом очень многих заключенных, которые являются просто “криминалоидами”, и развращают даже надзирательниц. Далее, он приходит к выводу, что заключение в тесном сообществе стольких чрезвычайно чувственных и проституированных женщин приводит к возникновению своего рода брожения новых похотливых желаний и вызывает усиление одной формы вырождения посредством другой. Проститутки часто видят друг друга обнаженными, спят вдвоем или втроем в одной постели; подобные вещи происходят и в школах-интернатах. В приютах мы также можем наблюдать, что прием трибадиста приведет к заражению всех заключенных этим пороком.

По оценке *Молла*, 25% проститутки Берлина практикуют трибадизм. Согласно опыту этого автора, в случаях, когда трибадисты живут в сожительстве, один из них всегда проститутка; активную и пассивную роли всегда играют одни и те же соответствующие члены альянса;

активного члена называют “папа” или “дядя”, обычно он проститутка и, подобно мужчине в браке, обладает большой сравнительной свободой в сексуальных вопросах, в то время как пассивному члену, “матери”, не разрешается вступать в какие-либо сексуальные отношения вне сожителства.

Согласно *Рикарди*, многие фригидные проститутки с удовольствием практикуют мастурбацию клитора, куннилингус и, особенно, сапфизм, предпочитая эти извращения нормальному половому акту. Более того, среди проституток и преступниц нет недостатка в любителях мученичества, бичевания, вплоть до пролития крови, тиранического обращения и посвящения детей в тайны секса.

[Подробный отчет о садизме и мазохизме см. в “*Сексуальной психопатии*” фон Краффт-Эбинга.” Эти особые извращения, распространенные у мужчин, редко встречаются у женщин; поэтому в настоящей работе на них делается лишь мимолетный намек.]

Ломброзо описывает из-за редкости случай мазохизма, наблюденный им у женщины тридцати пяти лет, которой нравилось, когда ее пороли.

Мораглия сообщает о замечательном случае сексуального извращения у восемнадцатилетней девушки, которая предпочла половому акту мастурбацию, связанную со стимулирующим воздействием запаха мужской мочи; эта своеобразная форма раздражительности была настолько сильной, что подтолкнула девушку к мастурбации в общественных писсуарах, несмотря на риск ареста, который действительно часто имел место.

Согласно *Карлье*, в Париже есть четыре или пять публичных домов, которые нередко посещают богатые дамы в поисках трайбадистских удовольствий, и дамы “светской жизни” собираются там для коллективных оргий; примечательно, что проститутки отдаются для таких целей этим женщинам, которые находятся вне их круга, с большой неохотой и только за очень высокую плату.

Однако, говоря в целом, сексуальные извращения встречаются у женщин реже и менее интенсивно, чем у мужчин. *Ломброзо* объясняет этот факт тем, что эротический элемент в женской природе менее активен и что женщины реже страдают эпилепсией, основным источником этих аномалий. В случаях, когда половые органы здоровы, мы должны, вместе с *Вестфалем*, заключить, ссылаясь на противоположные сексуальные ощущения, что ненормальные сексуальные ощущения имеют корковое происхождение.

Из *подробного отчета* фон Машки о неестественных преступлениях в его Справочнике по судебной медицине мы извлекаем следующий отрывок, касающийся женского пола: “Похотливые процедуры, подлежащие при определенных обстоятельствах юридическому наказанию, могут состоять: 1. В обращении с гениталиями или других манипуляциях с ними без фактического полового акта. Если с половыми органами женщины обращались просто нежно, без каких-либо более насильственных манипуляций, мы, как правило, ни у детей, ни у взрослых не обнаружим в результате каких-либо местных изменений; и наоборот, если обращение было грубым и безжалостным, если пальцы с силой засовывались в расщелину вульвы или если срамная полость была растянута и разорвана, мы можем ожидать появления экскориаций, покраснения, отека, разрыва девственной плевы или даже влагища и промежности. 2. В облизывании женских гениталий (куннилингус). Аналогичный процесс, также осуществляемый представителями женского пола, будь то детьми или взрослыми, - это *иррумаре*, то есть, пенем в ос арригере; *фелляре*, то есть, большие губы, большой язык совершенство в исполнении служебных обязанностей по представлению пениса. 3.

При введении мужской оболочки в прямую кишку, как у детей, так и у взрослых, педерастия.” На то, что эта форма сексуального удовлетворения нередко применяется к женщинам, указывала, в частности, *Парент-Дюшателе*, и утверждает *фон Машка*, исходя из личных знаний о случаях, в которых это имело место.

Трибадизм и лесбийская любовь, противоестественный порок, практикуемый двумя особями женского пола, происходят, согласно *описанию* фон Машки, следующим образом: а.) Путем мастурбации, когда либо один человек удовлетворяет другого манипуляциями, либо взаимной мастурбацией. В случае такого рода, зафиксированном *Тардые*, еще молодая жена неоднократно, как днем, так и ночью, вводила свой палец глубоко во влагалище или прямую кишку своей маленькой девочки, двигая им там иногда до часа. Согласно рассказу ребенка, сама мать в это время находилась в состоянии возбуждения, без сомнения сексуального, которое она удовлетворяла таким образом. В другом случае несколько девочек постарше своими собственными пальцами и языками совершали похотливые действия с половыми органами маленькой девочки семи лет. Согласно *Краузольду*, среди женщин-заключенных чрезвычайно распространены такие “запретные дружеские отношения”, которые завязываются с целью взаимной мастурбации и в связи с которыми проявляются жесточайшая ревность и самая пылкая любовь. б.) С помощью увеличенного клитора, с помощью которого одна женщина совершает половой акт, вводя орган во влагалище другой. Говорят, что во Франции в девятнадцатом веке жила женщина, половые органы которой были сформированы таким образом, что, с одной стороны, как женщина, она играла пассивную роль в общении с мужчинами, а с другой стороны, была способна доставлять сексуальное удовлетворение женщинам, принимая на себя активную роль мужчины. с.) Путем использования искусственной мужской оболочки. Этот способ получения удовлетворения сексуального желания был известен уже древним, и такой приап греки называли *ὀλισθος*. Тот факт, что такие изделия производятся и продаются, является достаточным доказательством того, что их использование не является чем-то неизвестным и в наши дни. *Фон Машка* описывает такие приапы как изготовленные из индийской резины, размером и формой напоминающие эрегированный пенис, продольно перфорированные и снабженные на нижнем конце насадкой, похожей на яичко, которые наполняются теплой водой или молоком, чтобы, сжимая их, можно было имитировать эякуляцию. Этот приап также сконструирован таким образом, что его можно прикрепить к телу с помощью пояса и, таким образом, использовать для удовлетворения другого человека.

Мы уже упоминали о содомии, неестественном половом акте с низшими животными. *Фон Машка* приводит несколько примеров этого, о которых мы упоминали ранее, и утверждает также, что за несколько лет до этого, во время его пребывания в Париже, одна женщина имела обыкновение устраивать тайную выставку, вход на которую стоил десять франков, и на которой она вступала в половую связь с бульдогом, специально обученным для этой цели.

Согласно *Ломброзо*, даже в наши дни обитатели лицензированных публичных домов часто проводят выставки, за вход в которые взимается плата, трибадистских пар в *пластичных позах* и другой проститутки в *coitus caninus*.

В своей широко известной работе о сексуальной психопатии фон Краффт-Эбинг обсуждает эти патологические сексуальные процессы у женщин. Мы выбираем определенные данные из его изложения. Относительно врожденного патологического феномена отсутствия сексуальных чувств у женщин, противопоставленного извращению сексуальных чувств и

сексуальному влечению к особи того же пола (антипатическое сексуальное чувство), фон Крафт-Эбинг пишет: “Любящая женщину женщина сексуально ощущает себя мужчиной, она радуется проявлению мужества, мужских чувств, поскольку эти характеристики делают мужчину желанным для женщины. Женщина урнинг,^[35] поэтому ей нравится коротко стричь волосы и носить одежду мужского покроя; и одно из ее величайших удовольствий - когда предоставляется возможность появиться в мужской одежде. Ее идеалы - выдающиеся женские личности, отличающиеся духовностью и энергией; в театре и цирке только исполнительницы привлекают ее интерес; и точно так же в коллекциях картин и статуй только изображения женщин пробуждают ее эстетическое чувство и чувствительность”. Фон Крафт-Эбинг настаивает на том, что почти во всех случаях антипатического сексуального чувства, в которых имелся семейный анамнез, в этом анамнезе были обнаружены случаи неврозов, психозов, стигматов дегенерации и т.д. При истерии, согласно этому автору, сексуальная жизнь особенно часто ненормальна; в случаях с невропатической наследственностью всегда можно сказать: “В таких случаях возникают все возможные аномалии сексуальных функций, с предельным разнообразием и страннейшим переплетением, основанные на наследственных дегенеративных процессах и сопровождающиеся моральной слабоумием в его самых извращенных проявлениях. * * *. Часто у истеричных субъектов сексуальная жизнь болезненно возбудима. Это возбуждение может быть прерывистым (? менструальным). Результатом может стать бесстыдная проституция, даже у замужних женщин. В случаях более мягкого типа сексуальное влечение проявляется в форме онанизма, хождения обнаженным по комнате, ношения мужской одежды и т.д. В случаях истерического психического расстройства болезненно возбужденная сексуальная жизнь может проявляться в форме маниакальной ревности, необоснованных жалоб на мужчин в непристойном поведении, галлюцинаций при половом акте и т.д. Иногда может наблюдаться фригидность с отсутствием сексуального удовольствия, обычно из-за генитальной анестезии”.

На инцест у женщин, зависящий от психопатических причин, также ссылаются фон Крафт-Эбинг; это происходит у тех, у кого частичная слабоумие, оставляющая чувство скромности неразвитым, сочетается с эротизмом. Так, упоминается случай, о котором сообщил Шюрмайер, в котором мать имела или пыталась вступить в половую связь со своим сыном в возрасте пяти с половиной лет; и снова случай, о котором сообщил Лафарк, в котором семнадцатилетняя девушка наложила на себя своего тринадцатилетнего брата для удовлетворения *conjunctionis membrorum*, одновременно мастурбируя своего брата; *Magnan's* племянники, пока они были совсем юными; дела *Леграна*, в одном из которых пятнадцатилетняя девочка соблазнила своего брата на совершение всех возможных сексуальных эксцессов над своим телом; в другом - замужняя женщина тридцати пяти лет, совершившая инцест со своим восемнадцатилетним братом; и в третьем - мать тридцати девяти лет, совершившая инцест со своим сыном.

Согласно Молл, женщины, страдающие антипатическими сексуальными ощущениями, во многих случаях состоят в браке; однако, по-видимому, по большей части у них нет склонности вступать в брак. В отдельных случаях может иметь место психический гермафродитизм, когда пострадавшая таким образом женщина имеет сексуальную склонность как к мужчинам, так и к женщинам. В случае женщин-гомосексуалистов нормальный половой акт, по-видимому, не приносит полного удовлетворения. Что касается фетишистских, мазохистских и садистских наклонностей со стороны женщин с антипатическими сексуальными ощущениями, Молл не смогла получить никакой достоверной информации. Иногда у женщин периодически возникает извращенное половое влечение, которое затем часто ассоциируется с появлением других психических отклонений. У

некоторых женщин извращенный импульс особенно активен в периоды менструации; в то время как в другое время эти субъекты, даже если и не совсем сексуально нормальны, все же гораздо спокойнее. Антипатичное сексуальное ощущение у женщин может зависеть от наследственной предрасположенности и часто может быть прослежено до очень раннего возраста. Во многих случаях может быть продемонстрирована возбуждающая причина.

Мантегацца, который рассказывает, что гомосексуальные практики распространены среди обитательниц гаремов, считает, что сексуальное чувство антипатии легко излечимо у женщин вскоре после вступления в брак, но позже излечение встречается редко.

Извращенной формой сексуального удовлетворения, иногда встречающейся у женщин, является бичевание. При наказании розгами, ремнями или кнутах по голым ягодицам стимулируются нервы полового аппарата, и эти органы становятся перенасыщенными, что приводит к эффекту, напоминающему эффект онанизма. Такое бичевание практиковалось распутными дамами Древнего Рима. В средние века истеричные женщины получали огромное удовольствие от стимулирующего эффекта порки. О Екатерине Медичи сообщают, что она сама подверглась порке и что ей доставляло удовольствие видеть, как придворные дамы подвергаются подобному обращению. В наши дни многие женщины получают сильное сексуальное удовольствие от того, что их любовники секут их обнаженные участки тела. В Париже и других крупных городах есть специальные курортные места для тех, кто стремится к этой форме извращенного сексуального удовлетворения. Иногда такие женщины - всего лишь активные *фуэте* для измученных, извращенно чувствующих мужчин.

У греков женщина, которая оставалась бесплодной в первые годы брака, посещала храм Юноны, чтобы получить от жреца Пана дар плодородия. Она разделась догола и, находясь таким образом на виду у жрецов-флагеллантов, получила по всей задней части тела многочисленные удары ремнями из козлиной шкуры — предполагалось, что этот процесс способствует зачатию. Цель этой формы бичевания, по-видимому, состоит в том, чтобы вызвать усиление сексуального желания.

Сексуальная неврастения определяется *Эйленбургом* как нейропсихоз хронического течения, проявляющийся главным образом в форме чрезмерной раздражительности сенсорной и психосенсорной нейронных систем в сочетании с чрезмерной тенденцией к истощению двигательной и психомоторной нейронных систем. Это истощение происходит особенно в отношении половой системы, в которой мы видим проявление явлений раздражительной слабости, повышенной возбудимости в сочетании с повышенной склонностью к утомлению аппарата половых нервов — такие хронические патологические нарушения, по мнению этого автора, сравнительно редки у женщин, то есть развитая типичная картина заболевания у женщин не встречается или встречается очень редко. Среди 168 пациентов, страдающих сексуальной неврастенией, только шесть были женщинами. Двое из этих последних были пристрастны к мастурбации, и в анатомическом смысле обе все еще были девственницами; остальные были замужними женщинами, не получавшими достаточного сексуального удовлетворения в своей супружеской жизни, двое из них, вероятно, также были пристрастны к мастурбации, двое предавались гомосексуальным практикам.

Онанизм, согласно *Эйленбургу*, является причиной сексуальной неврастении как у женщин, так и у мужчин. Если, однако, среди относительно очень большого числа женщин, пристрастившихся к мастурбации, наблюдается такая очень небольшая доля случаев половой неврастении, это зависит от того факта, что из-за природы онанизма у женщин физические, а также, как правило, психические последствия в целом склонны быть гораздо

менее серьезными, чем те, которые возникают в результате аналогичных практик у мужчин; но это зависит также от обстоятельств, при которых нервно-психические аномалии других видов обозначаются другими названиями, такими как диспареуния, вагинизм, сексуальная истерия, нимфомания, женский садизм. , и трибадизм, склонны возникать вследствие онанизма. Что касается онанизма, то так же может быть и в отношении сексуальных эксцессов и отклонений в целом; они могут быть, с одной стороны, причинами, а с другой - симптомами и последствиями сексуальной неврастении. Рано приобретенные или унаследованные гомосексуальные наклонности и привычки могут, как *далее указывает* Эйленбург, привести только к сексуальной неврастении, но и то очень легко, когда такие люди позволили убедить себя вступить в брак вопреки своей природе, но в соответствии с общепринятыми точками зрения и советами родственников. То, что само по себе половое воздержание способно вызвать сексуальную неврастению, должно быть отвергнуто как басня.

II. СЕКСУАЛЬНАЯ ЭПОХА ЭПОХИ УГРОЗЫ.

Термином *менаке* я обозначаю кульминацию сексуального развития женщины, во время которой происходят процессы размножения, совокупления, зачатия, беременности, родов и лактации.

Процессы полового созревания у женщины полностью завершаются в возрасте от восемнадцати до двадцати лет, так что с этого времени она полностью готова к выполнению своих сексуальных обязанностей. Первым актом в исполнении этих обязанностей является совокупление, которое в цивилизованных странах у подавляющего большинства женщин впервые совершается в начале супружеской жизни. Средний возраст вступления в брак женщин этой части мира составляет 22 года; но браки в более раннем возрасте очень распространены, и во многих кругах общества средний возраст составляет всего 20 лет. Однако наиболее полная половая зрелость у женщин наступает на тридцать втором году жизни, когда в среднем достигается максимальная фертильность.

В период менаке красота и энергия женщины достигают своего наивысшего развития, а ее сексуальные характеристики - наивысшего развития. Однако именно этот период жизни сопряжен с наибольшими опасностями для красоты и здоровья в связи с функциями половых органов. Совокупление, первый акт полового акта с мужчиной, часто приводит к травмам женщины, от которых она никогда полностью не оправляется. Гонорейная инфекция была источником невыразимых страданий для женщин. Материнство само по себе сопряжено с риском возникновения большого числа разнообразных заболеваний, которые, как послеродовые последствия, влияют на этот этап жизни женщины. Борьба за существование, в которую также вовлечена женщина в расцвете сил, и выполнение обязанностей по отношению к мужу и детям в дальнейшем приводят к возникновению ряда изменений, как физических, так и психических, в женском организме, которые влияют на все функции.

Главной характеристикой этой эпохи является материнство. В материнстве полностью развитая женщина живет и обладает своим бытием, но и материнству она часто жертвует ради выполнения своих естественных функций. Поскольку в этой сексуальной фазе функции

половых органов имеют большее значение, в такой же степени возрастает важность взаимоотношений между этими органами и другими органами женского тела.

Другим фактором, имеющим фундаментальное значение для сексуально зрелой женщины, является сексуальное влечение, сила которого порой ошеломляюща, так что его удовлетворения иногда добиваются без оглядки на последствия для брака и семейной жизни.

Физиология и патология менархе совпадают с нормальными процессами и патологическими изменениями соответственно женских половых органов, обусловленными их функциональной активностью как органов сексуальных ощущений и размножения. Женщина как жена и мать находится на пике своего существования.

Однако довольно удивительным образом многие сторонники современного движения за эмансипацию женщин оспаривают значение материнства для женщин.

Современная писательница и сторонница прав женщин, *Эллен Ки*, признает, что она ошибалась, когда раньше "считала материнство центральным моментом в существовании женщины". Она утверждает, что это входит в сферу индивидуальных прав женщины, как и мужчины, - отказываться от брака или соглашаться на вступление в брак, отказываясь при этом от материнства. "Основания для отказа от материнства могут быть как глубоко альтруистическими, так и глубоко эгоистичными. Отказ от любви или материнства входит в сферу индивидуальных прав, когда либо то, либо другое рассматривается с этой точки зрения. Женщина имеет полное право превратиться в представительницу 'третьего пола', пола рабочей пчелы, среднего муравья, если она находит в этом свое величайшее удовольствие. * * Существуют женщины, у которых эротическое чувство полностью атрофировано; есть и другие, которым не удается найти в общении с современным мужчиной ту одухотворенную и глубокую эротическую гармонию, которой они по праву желают; и есть другие, еще более многочисленные, которые желают любви, но не материнства, которого они действительно боятся".

Знаменитая немецкая писательница наших дней, *Габриэле Райтер*, в схожих выражениях говорит о вполне оправданном страхе, с которым многие честлюбивые и трудолюбивые женщины относятся к материнству: "постоянный, настороженный, эмоциональный страх материнства, страх, который заставляет их отворачиваться. Это страх, ненависть, которые стали такими сильными, такими активными, что их можно было бы рассматривать почти как неясный извращенный инстинкт, разбуженный, развитый и усиленный горькой необходимостью. Как будто в самых сокровенных уголках своей натуры у таких женщин было убеждение, что если они отдадут должное сексу, то потеряют всю энергию, ясность и сияние ума, с помощью которых они поднялись над уровнем своего пола. И, возможно, женщины определенного типа оправданны в этом страхе".

Однако, к счастью, женщины, которые не ценят материнство, по-прежнему остаются исключением. Великий инстинкт сохранения вида, который природа глубоко заложила в каждое человеческое существо, все еще, как правило, у женщин остается гораздо более сильным, чем инстинкт самосохранения за счет всех остальных — более сильным, чем такой самодостаточный эгоизм. И сейчас, как никогда, долг человечества состоит в том, чтобы с юности готовить женщину к материнству, чтобы она была во всех отношениях подготовлена к высшей обязанности своей сексуальной природы - обновлению жизни из поколения в поколение.

О значимости и значительности материнства для женщины горные волны движения за эмансипацию женщин разбиваются так же тщетно, как о твердую скалу. Можно найти много оправданий усилиям женщин в современных цивилизованных сообществах заниматься деятельностью, к которой до сих пор допускались только мужчины; и что касается интеллектуальных способностей женщин, мы можем признать их компетентность в высших научных профессиях; но, признавая это, мы должны твердо придерживаться физиологической точки зрения и, в особенности, иметь в виду сексуальную жизнь женщины. Женщине подходят только те профессии, которые не влекут за собой ограничения сферы ее репродуктивной деятельности, препятствия выполнению ее основного долга - материнства, вмешательства в выполнение ее обязательств перед мужем и детьми, умаления ее ценности в домашнем хозяйстве и уклонения от своих обязанностей в семейной жизни. Как справедливо замечает *Л. фон Штайн*, женщина, которая проводит весь день за письменным столом, в судах или в палате собрания, может быть самым благородным и самым полезным человеком, но она больше не женщина, она не может быть женой, она не может быть матерью. В условиях нашего общества эмансипация женщины по самой своей природе является отрицанием брака.

Мы можем не соглашаться с великим женоненавистником *Шопенгауэром* в его обесценивании женского пола или в его утверждении, что женщина существует просто и исключительно для продолжения рода и что "поэтому ее жизнь должна протекать тише, незаметнее и мягче, чем у мужчины, идущего к своей цели"; нам также не нужно считать оправданным суровый приговор философа *Э. фон Гартмана*, что с моральной точки зрения "большее число женщин проводят всю свою жизнь в состоянии меньшинства, а не в состоянии самоутверждения". и, следовательно, до конца нуждаются в надзоре и руководстве"; но заявление, сделанное *Фридрихом. Ницше* в своей книге "Также говорит о Заратустре" заслуживает признания: "Все в женщине - загадка, и у всего в женщине есть свой ответ: это называется беременностью", и снова: "Для женщины мужчина - только средство; целью всегда является ребенок".

Непостижимая в своих суждениях природа возложила на одну женщину последствия акта зачатия; мужчине достается удовольствие, но не труд и боль. Мы действительно могли бы счесть в высшей степени несправедливым распределение ролей в процессе воспроизводства, если бы не то, что в материнской любви и материнских радостях женщина находит компенсаторное утешение. Мужская роль намного проще и стоит гораздо меньше, чем женская; удовлетворяя свое сексуальное желание, мужчина снимает с себя всякую дальнейшую ответственность, в то время как женское тело становится мастерской в чудесном акте сотворения новой человеческой жизни.

Материнство, говорит *Ломброзо*, является характерной функцией женского пола, на которой зиждется вся ее органическая и физическая изменчивость, и эта функция действительно во всем носит альтруистический характер. Хотя существует определенный антагонизм между сексуальным влечением и материнством — согласно *Icard*, сексуальное влечение у женщин угасает во время беременности, — тем не менее, материнство, по-видимому, зависит от сексуальных представлений. Например, акт кормления младенца грудью часто вызывает сладострастные ощущения, и *Икард* упоминает случай, когда женщина допустила оплодотворение исключительно из-за удовольствия, получаемого от сосания. Анатомическую причину этого факта следует искать в связях между соском и маткой через симпатическую нервную систему. * * Столь же вероятно, что к счастливому чувству материнства примешиваются очень нежные сладострастные ощущения, исходящие от

половых органов. Согласно *Бэйну*, очень тонкие ощущения от контакта также составляют элемент материнской любви.

Эпоха угрозы - это та, в которую независимо от материнства сексуальное влечение часто становится у женщины настолько сильным, что становится полностью доминирующим. Проблемы, связанные с браком и сексуальным положением женщины, столь широко обсуждаемые в наши дни, поэтому имеют особое значение для женщин в этот период жизни. Насильственное подавление и контроль сексуального влечения, прививаемые моральными и религиозными предписаниями, теперь, по мнению современных лидеров женского движения, как мужчин, так и женщин, должны быть оставлены; и громко утверждается, что каждая женщина имеет такое же право, как и мужчина, на физическую любовь и счастье, которое она приносит. Следовательно, требуется свободная любовь. "Свобода в любви, свобода ради любви — вот чего требует достоинство человеческой расы", - утверждает автор недавно опубликованной книги (*Элизабета фон Штайнборн, Сексуальная позиция женщины*). К законам, регулирующим брак, эта секция партии за права женщин не будет иметь никакого отношения. По-настоящему хороший и благородный человек, утверждают они, так же мало нуждается в законах для регулирования своих любовных отношений, как и в законах против убийств и воровства. Во-первых, любовь, сексуальные отношения между мужчиной и женщиной, должны быть свободными, и человечество, освобожденное от досады и ненужного контроля, тогда будет искать и найдет правильный путь, пусть даже ценой нескольких попутных ошибок. Только после того, как этот безудержный половой акт продлится долгое время, свободный брак станет правилом. "Из этой фазы разовьется моногамная система, завещанная Богом, для которой в ее самой идеальной форме мы еще недостаточно созрели". Вряд ли есть необходимость подробно обсуждать общее пагубное влияние такой неограниченной, нерегулируемой свободной любви на общество, на человеческое общество в целом, описывать результаты свободной любви, пытаться осознать хаос, который она внесла бы в социальные отношения цивилизованного человечества. Скорее, мы должны указать, что это желательно и с медицинской точки зрения, чтобы такие изменения в общей домашней экономике были направлены на то, чтобы дать возможность подавляющему большинству женщин участвовать в супружеской жизни и семейном счастье и, таким образом, принимая во внимание как природу человека, так и требования социальной жизни, добиться истинной гармонии между сексуальной моралью и сексуальной практикой.

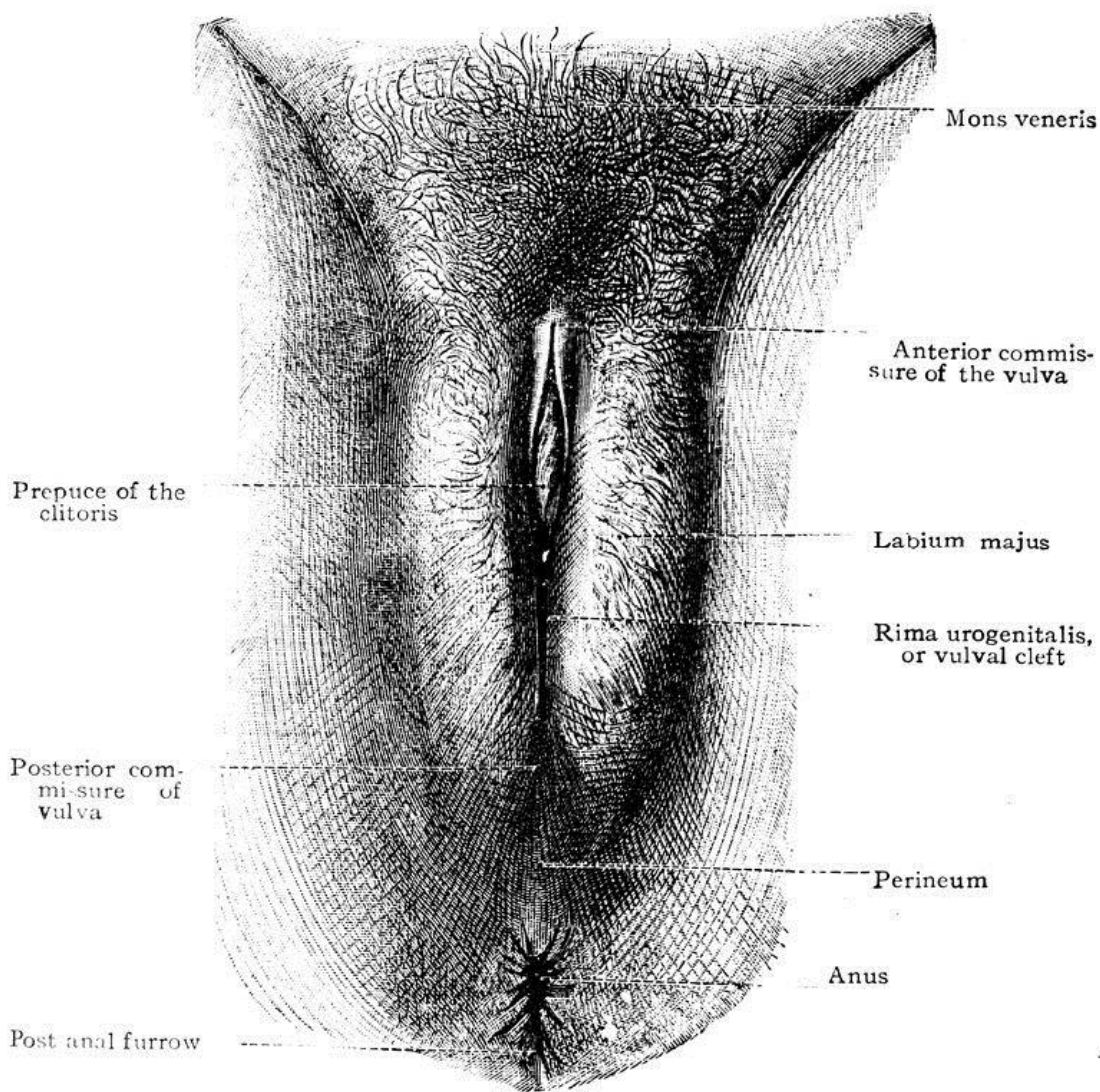


Рис. 48— Женский половой орган, или вульва, с большими половыми губами. Расщелина вульвы. Женская промежность. Венерическая гора с лобковыми волосами. (Из Толдт: Атлас анатомии человека.— Компания Ребмана, Нью-Йорк.)

Мы должны указать, что в той мере, в какой современное женское движение стремится избавиться от мужчин и основать всю жизнь женщины на независимом эго, это движение противоречит природе и ее вечным законам. Женщина, которая таким образом стремится решить женский вопрос в направлении свободы и независимости, - это та, кто пытается избежать бремени женственности. Она желает сбежать, всегда от опеки, часто от материнства, и обычно от ограничений, от бескорыстия женственности. Но, тем не менее, она по-прежнему не может избавиться от своей женственности.

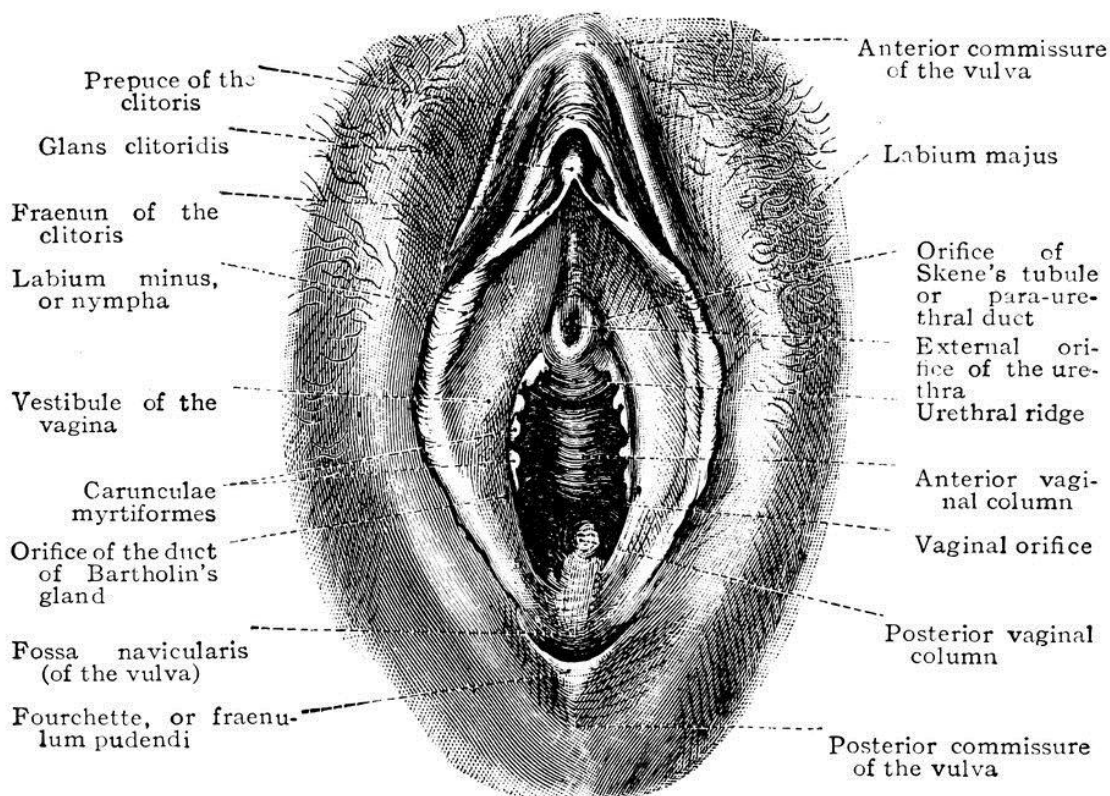


Рис. 49— Преддверие влагалища с малыми половыми губами, или нимфой, влагалищным и уретральным отверстиями и головкой клитора. (Из Толдта: Атлас анатомии человека.— Компания Ребмана, Нью-Йорк.)

“Истинное значение женщины, - настаивает *Лаура Мархолм* в противовес современной тенденции, - во все времена заключалось скорее в том, кто она есть, чем в том, что она выполняет, и именно в первом пункте женщины наших дней кажутся такими необычайно неполноценными. Их выступления действительно многочисленны и разнообразны, они учатся и пишут бесчисленные книги, они являются директорами всех возможных концернов и собирают средства на все возможные цели, они носят докторские халаты, проводят агитации и основывают клубы, и они постоянно становятся все более и более известными. И все же их общественная значимость, в конце концов, уменьшилась. Чем больше влияние женщины в массе и как численного большинства, тем меньше ее влияние как личности, тем меньше триумф ее пола. Она сама побудила мужчину трубно провозгласить о своем отвращении к женщинам. *Толстой* в “*Крейцеровой сонате*”, *Стриндберг* в многочисленных драмах, *Гюисманс* в “*Отношениях*” пишут в этом ключе; и в произведениях многих менее значительных светил мы встречаем это недоверие к любви. * * Современная система образования для девочек с ее полиглоссией и эрудицией способствует поверхностному развитию понимания и создает женщин претенциозных, но не глубоких”.

Женская красота страдает во время менопаузы из-за стресса, связанного с требованиями, предъявляемыми к сексуальной активности, а также к функциональным возможностям личности. Повторяющиеся, быстро сменяющие друг друга беременности и роды ухудшают красоту груди и живота, фигуру и осанку. Вследствие сосания грудь, до сих пор твердая и эластичная, обычно становится более или менее отвисшей и сморщенной, иногда также дряблой и неэластичной, иногда узловатой. Заболевания половых органов и расстройства общего состояния здоровья, зависящие от них, оставляют обезображивающие морщины на лице и другие следы во всей структуре тела. Тяжелый труд, тревога и горе также оставляют глубокие следы на внешности. Зрелая женщина из рабочего класса, участвуя в мужском

труде, благодаря длительному мышечному напряжению и пренебрежению уходом за телом, часто приобретает в своих чертах, осанке, фигуре и всем своим облике довольно мужской тип.

Красота и юная свежесть девушек, принадлежащих к трудящимся классам, редко сохраняются надолго после наступления менархе, а в тех случаях, когда окружающая среда является бедственной, они сохраняются лишь очень короткую часть периода наступления менархе. Раннее появление морщин на лице, скованный, угловатый характер движений, неуклюжая осанка - все это в совокупности делает двадцатипятилетнюю женщину, которая кряхтит под бременем тяжелого труда, на первый взгляд пожилой женщиной, и более пристальное изучение показывает, какой ущерб был нанесен атрибутам красоты: груди стали дряблыми и сплюснутыми, живот выпуклым, ягодицы обвисшими, руки мускулистыми.

В состоятельных слоях населения, опять же, в этот период жизни, когда щедрое питание сочетается с недостаточными физическими нагрузками, уже может произойти обильное отложение жировой ткани, что приводит к значительному ухудшению красоты, увеличению тела и конечностей, соответственно изменению походки и осанки в худшую сторону — изменениям, которые кажутся желательными только тем жителям Востока, для которых такое ожирение, такое преувеличение женственности сексуально стимулируют. Если, однако, это отложение жира не является чрезмерным, то именно оно придает женщинам в эти годы наиболее полного развития импозантную внешность и пышные формы. При благоприятных обстоятельствах красота этого типа может сохраняться до сорокового года жизни и даже позже, и она носит такой характер, что оправдывает пословицу о том, что первая сексуальная эпоха женщины посвящена любви, вторая - сладострастию.

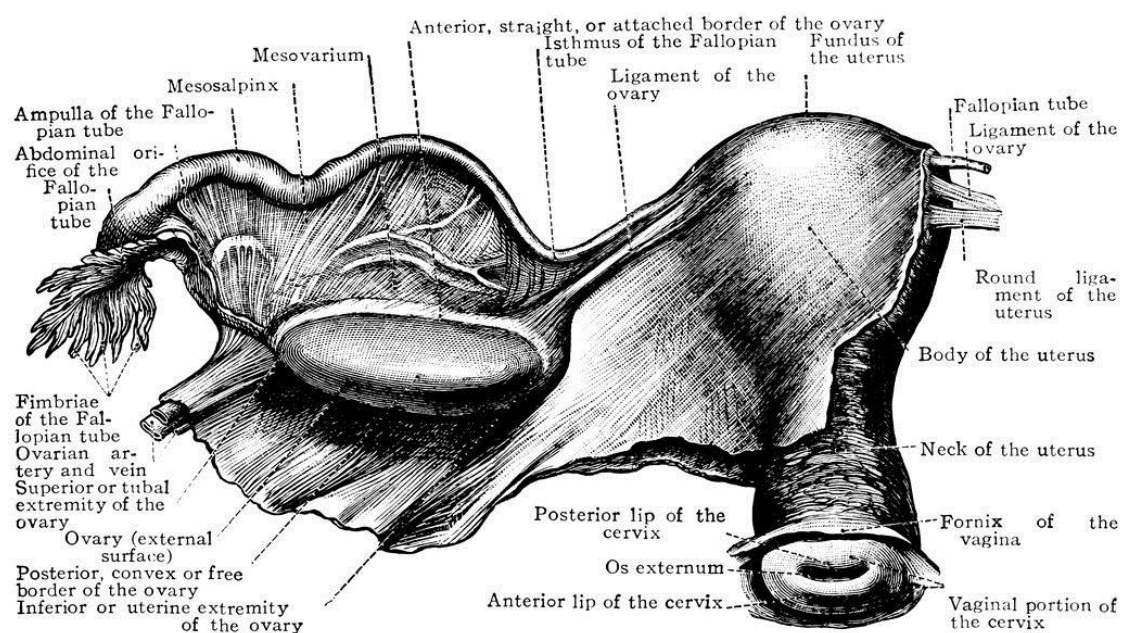


Рис. 50. — Матка, левая фаллопиева труба и левый яичник, в их соединении с широкой связкой матки, которая была полностью развернута. Вид сзади. От девственницы в возрасте девятнадцати лет. (Из Толдт: Атлас анатомии человека.—Компания Ребмана, Нью-Йорк.)

“Щедрая природа, - пишет *Мантегацца* о женщине в эту сексуальную эпоху, “ посылает женщине гениального инженера, который превращает холмы в горы и заполняет долины мягким слоем жира. Начинающиеся морщинки исчезают, разглаживаясь под благотворным воздействием этого пластичного материала; тонкие, упругие стволы пальм превращаются в величественные колонны из паросского мрамора; качество заменяется количеством, и если

глаз потерял несколько достоинств, рука приобрела столько же. Определенное количество избранных женщин понимают, как сохранить на целых десять лет неустойчивое равновесие периода, разделяющего эти два возраста жизни. Есть божественные существа, которые каждым взмахом своих локонов или покачиванием бедер, каждым изгибом своей груди, каждым змеевидным движением своих конечностей возбуждают желание. * * Они составляют наше самое сильное наслаждение и нашу самую сильную муку, они делают нашу жизнь благословением или проклятием, они являются высшей целью человеческой страсти, человеческого сладострастного желания”.

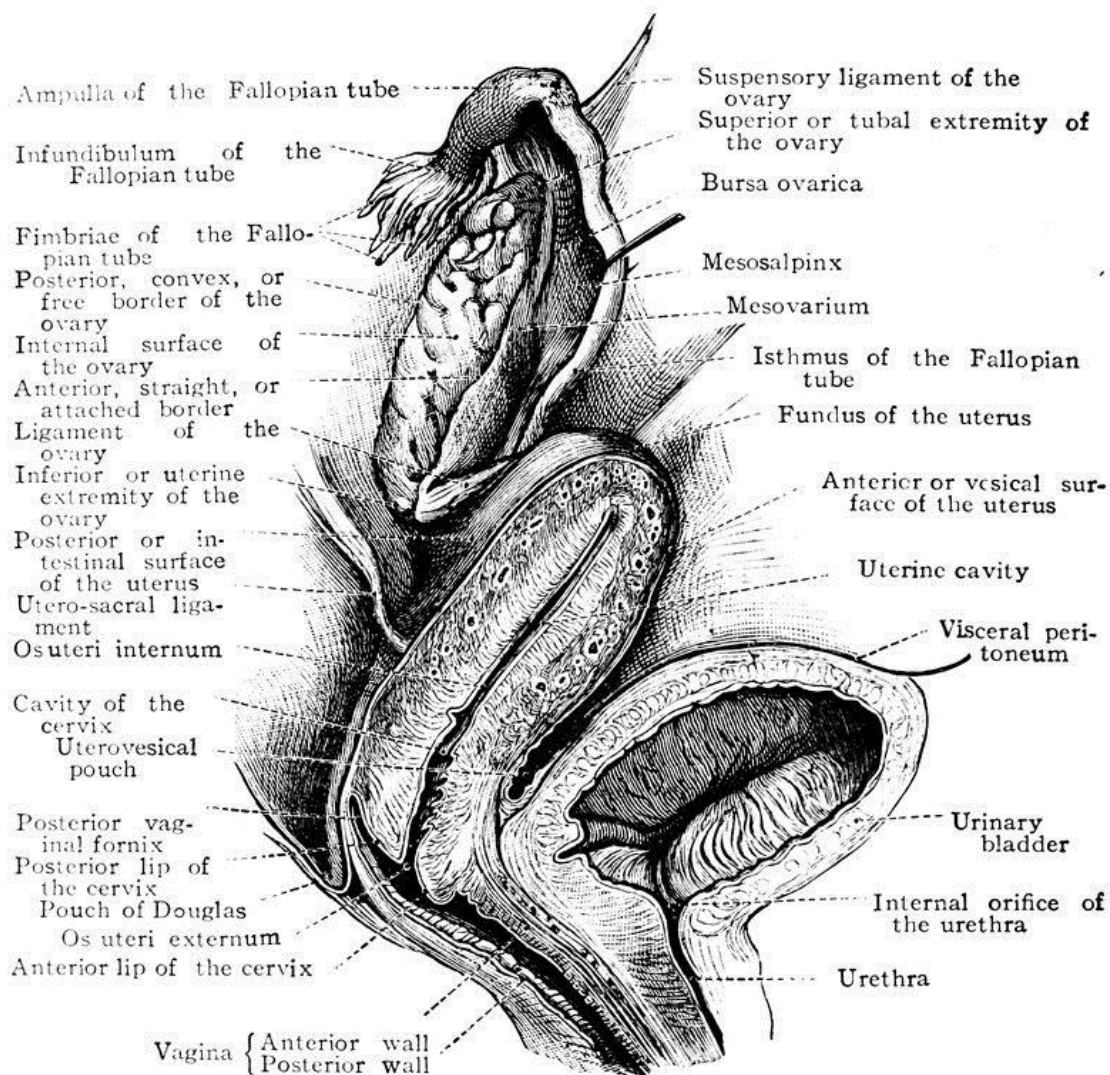


Рис. 51—Внутренние половые органы женщины в полностью развитом состоянии. (Из Толдта: Атлас анатомии человека.—Компания Ребмана, Нью-Йорк.)

Среди повреждений красоты, наносимых беременностью, наиболее очевидным для глаза является почти неизменно возникающее изменение кожи, в основном принимающее форму изменения пигментации с появлением пятен разного размера и оттенка на лице, особенно на губах и лбу; значительно повышена пигментация также молочной ареолы и белой линии, а также больших и малых половых губ и анальной области. Неясно, зависит ли эта хлоазма матки, как предполагает Джемин, от прекращения менструации или, как считает Вирхов, от изменений в крови и артериального давления. Иногда также у беременных женщин мы наблюдаем на лице, главным образом на носу и щеках, расширение мелких кожных сосудов, часто связанное с узелками от угревой сыпи.

Постоянное обезображивание вызвано *линией* (vel *striæ*) *альбикантесом*, белыми линиями или прожилками различной длины, по внешнему виду напоминающими рубцовую ткань на коже живота, прилегающих частях ягодиц и бедер, нижней части передней части грудной клетки и молочной железы. Это не настоящие шрамы, не являющиеся новообразованиями соединительной ткани, напротив, зависящие от решений о непрерывности, от относительного уменьшения, то есть уменьшения соединительнотканного слоя кожи. Они образуются вследствие того факта, что пучки соединительной ткани не в состоянии успевать за своим поверхностным увеличением при обязательно быстром расширении кутикулы, следовательно, в первых появляются большие сетки, расположенные в направлении наибольшего натяжения кожи. (*Spietschka and Grünfeld*).

Временно во время беременности, но в некоторых случаях и постоянно, красота нижних конечностей может ухудшаться из-за расширения вен, образования варикозных вен, а иногда также из-за отека; эти состояния зависят от препятствия венозному возврату, вызванного давлением беременной матки. По ходу крупных вен появляются толстые, червеобразные, синеватые нити или узловатые расширения с последующей экземой и изъязвлением. У беременных женщин экзема часто встречается в других областях, на лице, кистях, предплечьях и гениталиях; также эритема, крапивница и пустулезная сыпь, известная как герпетиформное импетиго.

Роды и период лактации влекут за собой дальнейшее обезображивание кожи в результате образования различных повреждений, таких как трещины на коже молочной железы, дерматит из-за венозного тромбоза в нижних конечностях, рубцевание молочной железы после мастита и т.д.

При описании сексуальной жизни женщины в эпоху менакме мы несколько подробнее рассмотрим совокупление и зачатие, отношения фертильности и бесплодия, важную тему использования мер по предотвращению беременности и интересный вопрос определения пола; с другой стороны, беременность, роды и послеродовой период, поскольку эти темы специально рассматриваются в обычных учебниках по акушерству, мы будем обсуждать только постольку, поскольку определенные отношения между этими репродуктивными процессами и организмом в целом и его функциями кажутся нам особенно достойными внимания. примечание.

Анатомические изменения женских половых органов в период менструации.

У полностью развитой женщины в период менструации венерическая артерия образует округлое возвышение, состоящее из очень плотной соединительной ткани, содержащей большое количество жира, в то время как покрывающий ее кожный покров обычно покрыт густой порослью волос. Форма этого волосяного покрова, который римские поэты называли *Hebe*, греки — *zunaikomustax* (переведенный *Альбрехтом Дюрером* как *Вейбсбарт* - женская борода), *Гален* назвал *ornamentum loci*, разнообразна, и, как внешний половой признак, она заслуживает более точного наблюдения, чем до сих пор получала от анатомов.

Волосяной покров женских половых органов у взрослых, и особенно у брюнеток, очень обильный; вверху он обычно резко ограничен поперечной линией, проходящей через вершину венериной горы, и лишь немного выходит за пределы больших половых губ, в то время как внизу он простирается примерно до середины боковых сторон промежности. Однако, согласно *Бергу*, который провел точное исследование этого вопроса у 2200 женщин в возрасте по большей части от четырнадцати до тридцати лет, в некоторых случаях форма волосяного покрова (который в таких случаях всегда очень густой) напоминает форму, столь

распространенную у мужчин, поскольку имеет заостренный отросток, обычно довольно узкий, идущий вверх к пупку. Эта мужская форма лобковых волос ни в коем случае не распространена у женщин; согласно *Ломброзо*, она чаще встречается у итальянских женщин, чем у представительниц других европейских наций. У большинства женщин густой волосяной покров венерической горы резко ограничен сверху изогнутой линией, обозначающей верхний край возвышения, тогда как у мужчин полоска волос обычно проходит от лобка до пупка. Тем не менее, встречаются исключения. Так, из 100 женщин *Шульце* обнаружил пятерых, у которых волосяной покров простирался до пупка. Иногда встречаются и другие вариации, например, волосы могут простираться сбоку в пах, иногда до передней верхней ости подвздошной кости и по верхней части передней поверхности бедра, нередко в сочетании с густым ростом волос по бокам промежности до заднего прохода. *Бергу* показалось, что среди женщин с волосами, отросшими подобным образом, немало тех, кто обладал необычайно сильной сексуальной страстью.

В отличие от этих случаев, когда рост волос на лобке густой и даже чрезмерный, мы встречаемся с другими, когда они очень скудные, и это не только у совсем молодых особей (в возрасте от 15 до 18 лет), с незначительным развитием половых губ, но и у пожилых и полностью развитых женщин — по большей части блондинок.

Рост лобковых волос наиболее густой и сильный вблизи срединной линии, в то время как с боков волосяной покров тоньше и слабее. Толщина чрезвычайно изменчива. “У некоторых женщин мы находим приплюснутый, иногда завитый, похожий на дерн покров; у других - густой, приподнятый, пышный куст волос” (*Берг*). Длина лобковых волос различна, но, как правило, у женщин они несколько короче, чем у мужчин. Тем не менее, известны случаи, когда у женщин они достигали колен.

Цвет лобковых волос обычно напоминает цвет волос на голове, но лобковые волосы обычно темнее из двух. Блондинки с темными или черными бровями, по словам *Берга*, обычно имеют темные или черные волосы на лобке. Волосы на лобке седеют поздно в жизни, как правило, позже, чем волосы на любой другой части тела, факт, известный еще *Аристотелю*; также довольно поздно в жизни волосы на лобке становятся редкими, и в таком состоянии они остаются почти неизменно до преклонного возраста, даже когда кожа головы становится почти или совсем лысой.

Волосы на лобке, согласно тому же автору, редко бывают прямыми, почти всегда они вьющиеся, завитые или более или менее свернуты в кольца или спирали, обычно образуя пряди меньшего или большего размера. Довольно часто мы встречаемся с завитыми прядями, одной парой или двумя, симметрично расположенными по обе стороны от впадины, прилегающей к передней части клитора; обычно они направлены наружу. Гораздо реже мы находим подобные пряди, симметрично прикрепленные дальше к задней части половых губ.

В случае 1000 взрослых женщин, обследованных *Эггел* в отношении цвета лобковых волос, цвета глаз и растительности на голове, у 239 были темные глаза, у 333 - темные волосы на голове и у 329 - темные волосы на лобке; напротив, у 761 были светлые глаза, у 667 - светлые волосы на голове и у 679 - светлые волосы на лобке. Таким образом, очевидно, что у значительного числа женщин со светлыми глазами должны были быть темные волосы на лобке. *Рот*, у 1000 обследованных им северогерманских женщин лобковые волосы были светлыми, но довольно темно-русыми в подавляющем большинстве случаев; у рыжеволосых женщин лобковые волосы во всех случаях были ярко-рыжими, у черноволосых женщин лобковые волосы были черными только в двух третях случаев, почти в трети они были

каштановыми, в двух случаях темно-русыми; у еврейок в подавляющем большинстве случаев лобковые волосы каштановые. *Pom* описывает расположение волос на лобке как очень изменчивое. “Иногда она короткая и вьющаяся, иногда представляет собой пышную кустистую поросль; иногда волосы редкие и тонко посаженные; иногда они распределены неравномерно; иногда мы видим только узкую полоску длинных волос посередине венерической горы, которая оголена по бокам. У некоторых боковые границы лобковых волос резко очерчены, у других волосяной покров выходит за обычные пределы”.

У древних греков и римлян было принято, чтобы женщины удаляли волосы на лобке, обычай, который до сих пор соблюдают все восточные расы; по этой причине в древнем искусстве обнаженное женское тело изображается без волос на лобке. Согласно *Стратцу*, в “Шансонах Билитис” говорится о жрицах Астарты: “Они никогда не выщипывают волосы, чтобы темный треугольник богини представлял на их телах форму храма”.

Физиологическое назначение лобковых волос - предотвращать раздражение половых органов потом, который в противном случае стекал бы по ним, и защищать кожу от прямого трения во время акта совокупления.

Большие половые губы у женщин во время менакме обычно сильно развиты, их внешняя поверхность волосистая; у рожениц мы почти неизменно наблюдаем небольшие или даже большие рваные раны половой губы, или фуршета, перед задней спайкой вульвы. Тонкие волоски также имеются на внутренней поверхности больших половых губ, общие признаки которых относятся скорее к слизистой оболочке, чем к коже. При многоплодии и даже у женщин, которые часто вступали в половые сношения, эти внутренние поверхности больших половых губ обычно больше не соприкасаются друг с другом, так что мочеполая борозда или расщелина вульвы более или менее приоткрываются. У хорошо питающихся женщин, которые вели “уединенный образ жизни”, плотная и жиросодержащая соединительная ткань больших половых губ (непрерывная и сходная с соединительной тканью Венерических артерий) придает этим структурам определенную упругость и эластичность, а малые половые губы, или нимфа, не выступают за их пределы. Но когда половые органы плохо сохранились, происходит проецирование нимфы. У женщин, чьи половые органы красиво сформированы, нимфы имеют мягкую, нежную консистенцию, а их слизистая оболочка розового цвета; но когда репродуктивные органы подвергаются чрезмерной стимуляции, нимфы становятся сухими, твердыми, коричневого цвета и выступают из расщелины вульвы. У женщин готтентотской и боснийской рас нимфы достигают, как хорошо известно, чрезмерной длины, образуя так называемый “готтентотский фартук”; а у некоторых других коренных рас Африки огромный размер этих органов делает необходимой резекцию.

В этот сексуальный период у женщин с сильной сексуальной страстью и частыми половыми сношениями клитор в значительной степени развит, и иногда задняя поверхность органа выступает из-за передних концов больших половых губ.

Влагалищное отверстие немного приоткрывается, так что видны неровные карункулы в форме сердца. У рожениц влагалищное отверстие расширено таким образом, что стенка влагалища переходит непосредственно и без ограничений в стенку преддверия, а наружное отверстие мочеиспускательного канала расположено непосредственно перед передней стенкой влагалища и, таким образом, находится внутри влагалищного отверстия.

Грудь сильной, здоровой женщины, достигшей полной половой зрелости, более или менее упругие по консистенции и значительных размеров, превышающих нынешние требования *Овидия* к этим органам, *ut sit quod capiat nostra tegatque manus*. Нормальная полусферическая форма и несколько мягкая текстура подвержены множеству вариаций,

которые зависят от расы, климата и сексуальной активности, а также от вида носимой одежды. Сосок и окружающая его ареола обычно коричневатого цвета; но у красивых женщин они иногда сохраняют розовый цвет, характерный для этих структур у девственниц. У рожавших женщин, которые кормили своих детей грудью, груди обычно отвисают, и часто обнаруживается, что левая грудь несколько больше другой; как правило, также у таких женщин соски длиннее и толще, чем обычно. Нередко соски втягиваются в борозду на коже и становятся заметными только при местной стимуляции или в результате сексуального возбуждения. Иногда в области ареолы, особенно у брюнеток, мы видим круг из маленьких желез, которые образуют возвышения под кожей.

Легко понять, что грудь таких женщин в целом больше не имеет девственной формы маленьких полушарий, а повзрослела до большей полноты и размера. Это, однако, не умаляет их красоты, ибо идеал красоты должен учитывать естественное развитие тела. В то время как в настоящее время, под влиянием современного отрицания или, по крайней мере, недооценки материнства как цели жизни женщины, определенная школа искусства склонна недооценивать влияние этого состояния на форму груди и ценить “плоскую грудь”, раньше, под влиянием *“Эмиля”* Руссо, книги, в которой матерям настоятельно рекомендуется кормить грудью своих собственных детей, полная грудь как красота была модой в искусстве.

Только извращенный вкус может счесть женщину красивой без груди — без “той золотой чаши, из которой мужчины пьют любовь, а дети жизнь” (*Мантегацца*), — угловатое, плоское существо, без округлостей. Ничто, кроме болезненного стремления к равенству с мужчиной, не может побудить саму женщину стремиться скрыть также и внешние проявления своих сексуальных характеристик и с помощью одежды замаскировать, подобно монахине, сексуальные изгибы своей фигуры.

Большое отложение жира, например, возникающее в результате обильного питания в сочетании с малоподвижным образом жизни или в результате нескольких беременностей, разрушает красивую форму груди, которая достигает чрезмерных размеров, нарушая таким образом изящество и симметрию женской фигуры, факт, признанный еще римлянами. *Хиртл* осуждает, с точки зрения анатомической красоты, обнаженные женские фигуры на картинах Рубенса, отмечая, что “богини и ангелы этого художника столь же пышны в своем развитии, как фламандская молочница”; а пышная “грудь козьего вымени”, ценимая арабами, не представляет более благородного идеала красоты. Иногда эти чрезмерно большие и жирные груди свисают конической формой или в виде более или менее уплощенных полушарий доходят прямо до области желудка; более того, промежуток между двумя грудями, кажется, исчезает, и они соприкасаются или трутся друг о друга.

Согласно *Плоссу* и *Бартельсу*, различные формы груди, встречающиеся у разных рас, могут быть классифицированы следующим образом: А. По размеру: 1 - очень большая; 2 - крупная; 3 - средняя; 4 - маленькая. В. По консистенции и упругости: 1 - высокая; 2 - полувислая; 3 - вислая. С. По форме: 1 - раковинообразная (дискообразная); 2 - полусферическая; 3 - коническая. Соски также, по мнению этих авторов, имеют вариации в зависимости от расы, будучи в некоторых случаях маленькими и плоскими, похожими на маленькую шишечку, в некоторых случаях большими и конической формы, с широким основанием и закругленным концом, а в некоторых случаях большими и цилиндрическими, имеющими форму сустава пальца. Ареола, наконец, у некоторых женщин довольно бледного цвета, у некоторых темно-розовая, у некоторых коричневая и даже почти черная от избытка пигмента.

Матка женщины, достигшей полной половой зрелости, претерпела такие изменения в своих пропорциях, что шейка матки и тело имеют почти одинаковую длину. Сужение, видимое

снаружи, указывающее на разделение между этими двумя сегментами органа, несколько вдавлено по направлению к наружному зеву. У сексуально активных женщин происходит расширение и повышенная кривизна области дна матки, маточные окончания фаллопиевых труб становятся более широко разведенными; в то же время задняя стенка становится все более и более выпуклой. Чем чаще матка функционировала как репродуктивный орган, тем сильнее выражена выпуклость тела этого органа. Относительная длина телесной и цервикальной частей полости матки теперь противоположна той, которая наблюдается в матке ребенка; поперечный и переднезадний диаметры значительно увеличились. Поперечный диаметр на глазном дне; первичный, 4 сантиметра (1,575 дюйма), множественный, 5,5–6,5 сантиметра (2,165–2,559 дюйма): сагиттальный (переднезадний) диаметр; первичный, 2 сантиметра (0,787 дюйма); множественный, 3–3,5 сантиметра (1,181–1,378 дюйма). (*Хробак и фон Розторн.*)

Во время менструации, вследствие акта размножения, матка претерпевает важные изменения в форме. У нерожавшей замужней женщины матка мало отличается от матки девственницы; полость несколько обширнее, выпуклость внешней поверхности немного больше, наблюдается некоторое увеличение ширины в районе дна, пальчатые складки (*живое дерево матки*) ограничены цервикальным каналом; кроме того, под влиянием совокупления изменяется внешний вид влагалища, оно становится больше, а его стенки становятся более гладкими, иногда совсем гладкими, из-за исчезновения ворсинок слизистой оболочки и особенно тех, которые образуются при половом акте. прикрепляется к задней стенке влагалища. Гораздо более обширными являются изменения в матке при многоплодии. Согласно *Толдту*, "части полости, представляющие роговую оболочку, которые заостряются с обеих сторон по мере прохождения к фаллопиевым трубам, полностью включаются в нижнюю неразделенную часть полости, это изменение осуществляется главным образом за счет увеличения внешней кривизны стенок, так что полость приобретает миндалевидную форму; канал шейки матки также расширяется, особенно нижняя часть, где также пальчатая складка (*живое дерево матки*) становится менее отчетливой; влагалищная часть шейки матки становится менее отчетливой". шейка матки укорочена, наружное отверстие матки зияет, губы шейки матки округлые, почти одинаковой длины и обычно покрыты рубцовыми углублениями." У нерожавших влагалищная часть шейки матки, как и у девственницы, довольно жесткой консистенции, гладкая на поверхности, в то время как наружный зев небольшой, похожий на ямочку, или поперечно-овальный; цвет влагалищной части шейки матки идентичен цвету слизистой оболочки влагалища в целом. Однако из-за частых совокуплений форма вагинальной части шейки матки до сих пор изменяется, поскольку она более свободно снабжается кровью и, следовательно, слегка изменяется по консистенции. При многоплодии вследствие разрывов шейки матки наружное зев матки превращается в широкую поперечную щель с выпуклыми краями, что оправдывает старое обозначение этого отверстия как осевого; рот карпа. Большой размер наружного и внутреннего зева, умеренное расширение полости, закругление верхних углов, прилегающих к маточным отверстиям фаллопиевых труб, повышенная выпуклость стенок и частичное или полное стирание пальчатой складки (*живое дерево матки*) являются характеристиками многоплодной матки (*Хробак и фон Ростхорн*). Согласно *Хеннигу*, вагинальная часть шейки матки самая длинная у женщин, перенесших дефлорацию, и у нерожавших; самая широкая у проституток; самая узкая у бездетных жен; самая толстая у молодых вдов. Этот автор приводит следующие измерения внешнего ЗЕВА, показывающие его вариации в зависимости от возраста и сексуальной активности:

В детстве, поперечно–овальная	0,46–0,56 см.	(0,18–0,22 дюйма)
У девственницы, округлая	0,20–0,50 см.	(0,08–0,20 дюйма)

У проституток, поперечно–овальная	0,60-2,50 см.	(0,24-0,98 дюйма)
У бесплодных замужних женщин, круглая	0,16 см.	(0,06 дюйма)
У рожаящих замужних женщин, поперечная трещина	1,10 см.	(0,43 дюйма)
После менопаузы	0,81 см.	(0,32 дюйма)

У полностью развитой женщины яичники претерпевают изменения в размере, форме и консистенции, причем эти изменения зависят от возраста, сексуальной функциональной активности и конституциональных предрасположенностей индивидуума. Средняя длина завязи составляет 3-4 сантиметра (1,18–1,58 дюйма); средняя ширина 2-3 сантиметра (0,79–1,18 дюйма); и средняя толщина 1 сантиметр (0,39 дюйма). Поверхность этого органа постепенно приобретает неровный вид из-за рубцовых углублений, вызванных большим количеством последовательных менструаций (овуляций) — иногда образующийся внешний вид напоминает шелковицу.

Во влагалище в этот сексуальный период поверхность передней и задней стенок влагалища становится неровной и морщинистой из-за хорошо развитых столбиков влагалища (*columnæ rugarum*), которые на ощупь почти такие же твердые, как хрящ, и значительно выступают над общим уровнем стенки; поперечные выступы (*rugæ*) проходят горизонтально наружу от столбиков. При частом совокуплении половики частично стираются, а сами столбики становятся более плоскими и мягкими; тем не менее, за исключением случаев, когда генитальные функции осуществляются в чрезмерном объеме, влагалище остается напряженным и морщинистым до рождения нескольких детей, когда оно становится мягким, вялым и гладким. Даже у женщин, привыкших к частым половым сношениям, самой узкой частью влагалища по-прежнему является отверстие и часть прохода, лежащая непосредственно внутри отверстия, которая может быть сужена поднимающей передней мышцей; однако роды также приводят к сильному и постоянному растяжению этих частей. Самая широкая и растяжимая часть влагалища - это самый верхний сегмент, область сводов.

Особое значение следует придавать железам шейки матки, которые, по моим собственным наблюдениям, выполняют функцию выделения секрета, повышающего подвижность сперматозоидов, и это позволяет им легче находить путь в матку. Я попытался с помощью серии гистологических наблюдений определить свойства этих желез и изменения, которым они подвергаются на различных фазах сексуальной жизни. Наиболее важные результаты этих исследований можно сформулировать следующим образом. Эти железы, выстланные цилиндрическим реснитчатым эпителием, до полового созревания развиты лишь незначительно, являясь тогда простыми выемками; во время менархе они становятся трубчатыми; позже, во время менархе, они становятся длинными, древовидными, с глухими концами железами, которые во время менструации и под влиянием сексуального возбуждения выделяют различную по количеству и качеству секрецию, отличающуюся особенно щелочной реакцией; далее, в связи с рядом патологических нарушений женских половых органов, эти железы претерпевают различные изменения как в своем анатомическом строении, так и в своих функциях. секреторная активность. Во время менопаузы и после наступления климактерического возраста эти железы, которые до сих пор состояли из разветвленных канальцев, имеют тенденцию к кистозной дегенерации, приводящей к образованию пузырьков, известных как *яйцеклетка Наботи*. После климактерического периода наличие этих кист можно рассматривать как нормальное явление; иногда они располагаются гроздьями, похожими на виноградины, и часто выступают так, что занимают большую часть просвета цервикального канала.



Рис. 52— Сагиттальный разрез шейки матки женщины 26 лет, древовидные разветвленные железы.

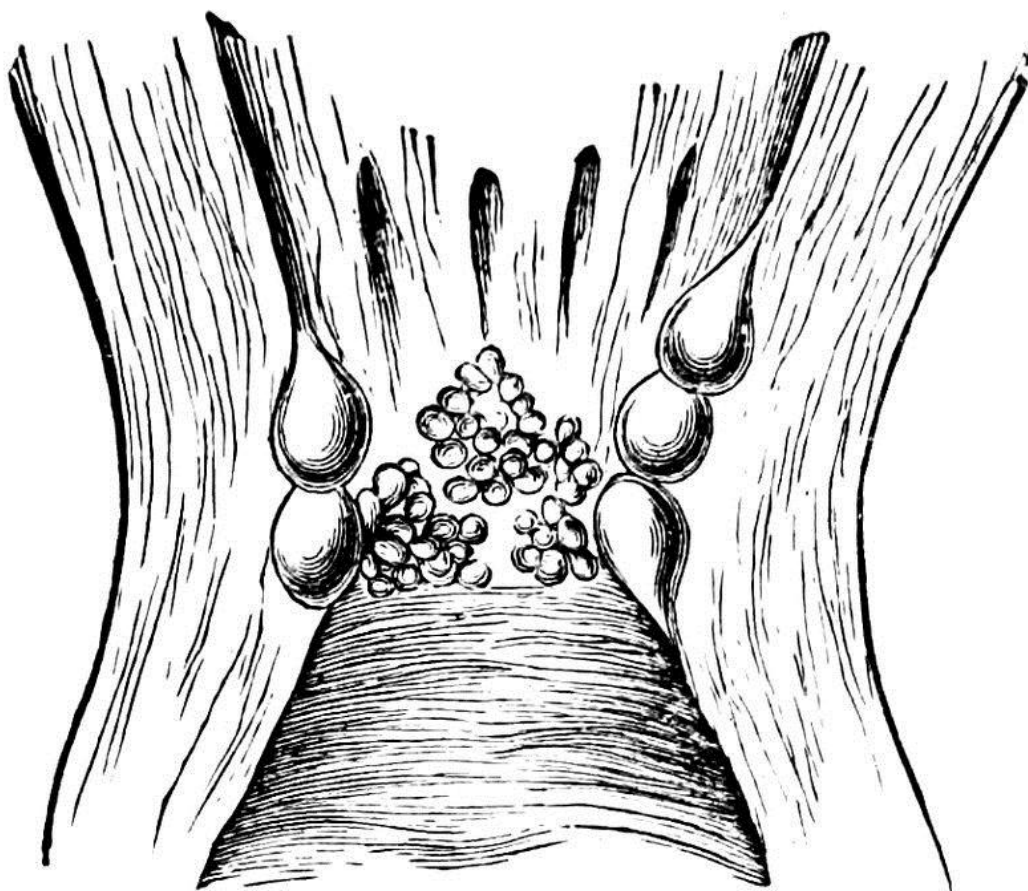


Рис. 53—шейка матки женщины 72 лет с железами, подвергшимися кистозной дегенерации.

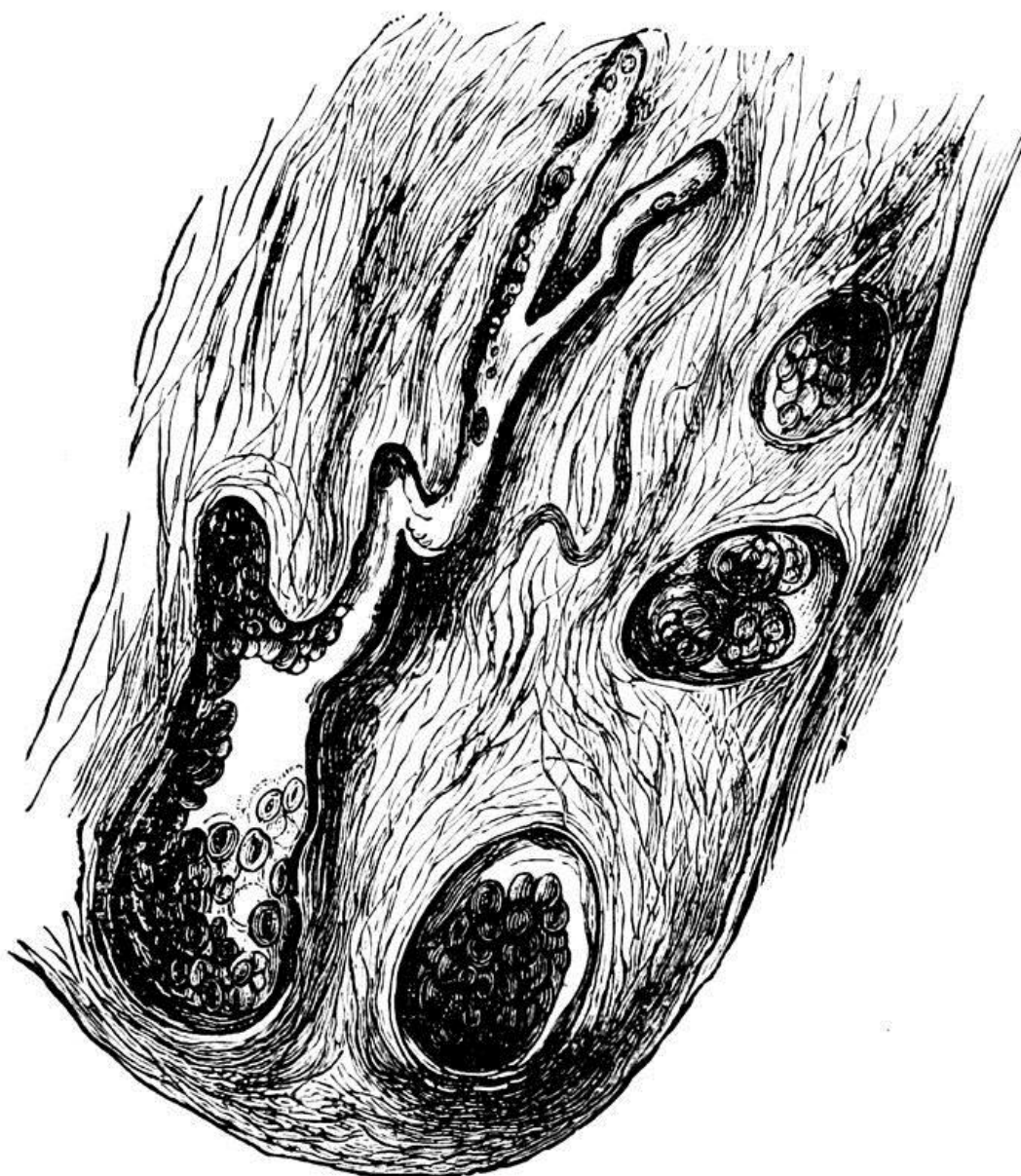


Рис. 54— Сагиттальный разрез шейки матки у женщины 65 лет. Железы претерпели кистозную дегенерацию.

Заболевания слизистой оболочки матки в период половой зрелости часто вызывают различные патологические изменения в этих железах шейки матки. Вследствие закупорки их выводных протоков они могут подвергнуться кистозной дегенерации, образуя фолликулы, заполненные слизью и эпителием, или полости, содержащие кровь, которые проходят через вещество шейки матки во всех направлениях; или они могут привести к образованию медленно растущих железистых полипов и других железистых новообразований - изменений, общим результатом которых является нарушение секреторной функции желез.

Патология при угрозе.

Полное развитие сексуальной жизни влечет за собой множество опасностей для жизни женщины. Это видно на первый взгляд из сравнения смертности замужних женщин в период наибольшей сексуальной активности со смертностью одиноких женщин того же возраста. В возрасте от 20 до 25 лет смертность замужних женщин во всех расах выше, чем у незамужних женщин; и то же самое верно в возрасте от 25 до 30 лет, за исключением Франции, в которой

из-за искусственных причин материнство прекращается в очень раннем возрасте. В Пруссии в 1880 году из каждых 10 000 замужних женщин в возрасте от названного возраста умерла 21 женщина, из каждых 10 000 незамужних - только 2. В Голландии, Бельгии и Баварии это превышение смертности замужних женщин сохраняется до 40-летнего возраста; в то время как в Пруссии, начиная с 30-летнего возраста, смертность замужних женщин и незамужних практически одинакова. Во многих странах смертность замужних женщин в разном возрасте превышает даже смертность неженатых мужчин.

Эта более высокая сравнительная смертность замужних женщин приписывается *Хегаром* удовлетворению сексуального влечения, и этот авторитет считает, что опасности, связанные с этой функцией, проявились бы еще яснее, если бы проводился контраст не между замужними женщинами и незамужними, а между теми, кто привык к сексуальным излишествах, и теми, кто находится на континенте. Мы, однако, придерживаемся мнения, что удовлетворение сексуального влечения вредно лишь в той степени, в какой оно подвергает женщин последствиям венерической инфекции, а также риску многочисленных послеродовых и других заболеваний половых органов. Это подтверждается также статистическими результатами исследований смертности во время беременности, родов и послеродового периода. Согласно *Hegar*, добавляя смертность в результате преждевременных родов к смертности в результате доношенных родов, мы находим, что смертность при родах в Германии составляет около 0,6%.

В то время как *Бертильон* и *Симпсон* считают, что более низкая смертность замужних женщин старше сорока лет по сравнению с незамужними женщинами в тот же период жизни зависит от преимущества выполнения сексуальных функций для первых, *Хегар*, напротив, дает другое объяснение. Он пишет: "В возрасте 40 лет менее влиятельные замужние женщины уже отсеяны. Сначала, вследствие отбора, осуществляемого браком, качество незамужних женщин было ниже, чем у замужних женщин; первые, однако, не подвергались опасностям, сопутствующим репродуктивному процессу, и поэтому пережили время, в течение которого тело обладает наибольшей эластичностью; но в годы, когда естественным образом наступает упадок жизненных сил, изначально более низкое качество незамужних женщин проявляется в сравнительно более высокой смертности. Также мы должны принимать во внимание последствия внебрачных половых сношений и проституции среди незамужних, а также отсутствие семьи, поддержки со стороны мужа и детей".

В дополнение к далеко идущим нарушениям здоровья, зависящим от сексуальной активности в этот период жизни, существуют мелкие домашние неурядицы, из-за которых женщина впадает в депрессию и истощает свои силы. Влияние этих последних превосходно описано *Г. фон Аминтором*: "Сколько миллионов отважных домохозяек кипятят и оттирают свою жизненную энергию, свои розовые щеки, свои веселые ямочки при выполнении своих домашних обязанностей, пока не превратятся в морщинистые, изношенные, высохшие мумии. Постоянно возникающий вопрос: 'что сегодня приготовить на ужин', постоянно повторяющаяся необходимость мыть посуду, подметать, вытирать пыль и мыть посуду — все это постоянный стресс, который медленно, но верно изнашивает душу и тело. На пылающий алтарь, на котором кипит кастрюля с соусом, приносятся в жертву молодость и простота, красота и добродушие; и кто сможет узнать в старой поварихе с ввалившимися глазами, чья спина согнута от тяжелого труда и забот, некогда цветущую, энергичную, целомудренно-кокетливую невесту, украшенную миртовым венком?"

Большое количество заболеваний женских половых органов, происходящих в эпоху угрозы, нуждаются лишь в беглом упоминании. Даже коитус в случаях, когда наблюдается большая диспропорция в размерах между половым членом и отверстием влагалища, или когда орган

вводится очень быстро, или акт выполняется очень грубо, может привести к повреждению вульвы или влагалища, о чем свидетельствует очень большое количество зарегистрированных случаев.

В период расцвета сексуальной жизни женщины также часты нарушения менструальной функции. Менструации могут прекращаться вследствие интеркуррентных заболеваний или конституциональных аномалий; аменорея может возникнуть во время выздоровления после острых заболеваний у женщин с ожирением, у тех, кто страдает туберкулезом, диабетом, алкоголизмом или психозами. С другой стороны, может возникнуть тяжелая меноррагия или атипичная метроррагия, кровотечение либо из-за заболеваний матки, таких как эндометрит, ретрофлексия матки или миома матки, либо в результате инфекционных заболеваний, заболеваний сердца или почек, либо из-за общего нарушения здоровья из-за переохлаждения или перенапряжения. Или, опять же, может возникнуть дисменорея либо как симптом какого-либо местного заболевания матки, либо в результате внешних вредных воздействий или слабости нервной системы.

Кроме того, в период менакме нарушения питания матки являются обычным явлением, как, например, гиперпластические процессы в слизистой оболочке цервикального канала и полости тела матки. Распространенным явлением также во время менструации является хронический офорит, который может быть вызван неправильной регуляцией супружеского акта (особенно слишком ранним половым актом после родов), небрежностью во время менструации (танцы, катание на коньках или альпинизм), незавершенным половым актом (*прерывистый процесс*) и нередко гонококковой инфекцией; или, наконец, офорит может возникнуть вскоре после послеродового периода в сочетании с субинволюцией матки.

Далее мы можем упомянуть воспалительные заболевания маточных труб. В этиологии этих заболеваний в современных браках доминирующая роль должна отводиться гонококку; но они также возникают во многих случаях из-за нарушений питания, инфекции (кроме гонорейной) и неосторожности во время менструации. Тазовый перитонит имеет аналогичную причину.

На этом этапе жизни женщины также развиваются самые распространенные новообразования матки - миомы, чаще всего в возрасте от тридцати шести до сорока пяти лет, и в поразительно большей пропорции они встречаются у незамужних женщин; в том же возрасте чаще всего встречаются кистоденомы яичников.

Половой акт предоставляет частые возможности для заноса инфекционных микробов во влагалище и возникновения воспалительных поражений слизистой оболочки (*кольпит*), интенсивность которых зависит от вида, количества и вирулентности рассматриваемых микробов, с одной стороны, и от местной и конституциональной предрасположенности инфицированного человека, с другой. Особенно тяжела по своим последствиям гонорейная инфекция, передаваемая мужчиной, поскольку этот вирус вызывает большое разнообразие патологических процессов в женских половых органах. При акте дефлорации иногда наносятся значительные повреждения, и они легко создают брешь для вторжения инфекционных организмов. Состояние пассивной гиперемии, возникающее в половых органах во время беременности, также создает благоприятную почву для их роста.

Гонорейная инфекция молодых замужних женщин является настолько частым и серьезным явлением в сексуальной жизни женщины, что требует особого рассмотрения. Случаи, когда мужчина, вступающий в брак, настолько беспринципен и жесток, что лишает девственности свою молодую жену и продолжает совокупляться с ней, в то же время сам страдая от довольно недавней и активной гонореи, в целом редки. Чаще всего жених считает, что

полностью излечился от своих предыдущих хлопков, и его лечащий врач объявляет его выздоровевшим. Заболевание, однако, носит латентный характер, гонорея перешла в хроническую форму, выделения настолько незначительны, что на них не обращают внимания; но из-за стимуляции частых актов соития, обычных в первые дни брака, заболевание проявляется с новой силой, гонококки размножаются быстро и интенсивно, молодая жена инфицирована и страдает острой гонореей, которая часто может оставаться незамеченной в течение значительного периода времени.

В гонорейном браке, в котором и у мужа, и у жены в половых органах обнаруживаются гонококки, могут наблюдаться очень разнообразные явления и возникать самые разные состояния. По этому поводу *М. Рунге* пишет: “Если гонорею мужа не вылечить, свежие вирулентные кокки повторно передаются жене, у которой, следовательно, заболевание часто обостряется на отдельных стадиях. Если жена проходит курс лечения, эффект в этих обстоятельствах, естественно, будет нулевым, поскольку муж постоянно вносит свежую инфекцию. С другой стороны, жена со своей стороны возвращает гонококки своему мужу, и таким образом его гонорея может обостриться. Если муж вынужден, например, из-за болезни или отсутствия, в течение длительного периода воздерживаться от половых сношений со своей женой, гонорея последней может, при благоприятных обстоятельствах, пройти облегчение и излечение. Однако может случиться, что у мужа вследствие полового покоя гонорея становится скрытой и даже полностью исчезает, в то время как жена все еще страдает от инфекции. Если теперь, после длительного воздержания, муж возобновит половую связь со своей женой, он может повторно заразиться и страдать от острого приступа гонореи, хотя это происходит из-за потомков тех самых гонококков, которые он сам незадолго до этого перенес в половые органы своей жены — он повторно заражает себя, как говорят люди. Такие случаи вызывают подозрения в нецеломудрии со стороны жены, когда муж на самом деле наслаждается своим собственным произведением в новом издании. Еще одна возможность заключается в том, что и муж, и жена привыкли к своему собственному обмену гонококками; иными словами, эти организмы не оказывают заметного эффекта ни на того, ни на другого. Но если жена в таком состоянии попадает в объятия любовника, последний может быть заражен острой гонореей — факт, который давно известен”.

Основная роль в этиологии заболеваний женских половых органов должна отводиться беременности и родам. Женщины с анемией часто страдают во время беременности от дальнейшего снижения насыщенности крови corpusculami; те, у кого недостаточность клапанов, обнаруживают, что их проблемы значительно усугубляются беременностью; когда почки находятся в раздражительном состоянии, беременность нередко приводит к возникновению нефрита; те, у кого нарушено пищеварение, часто страдают от усиления нарушений функций желудка и кишечного тракта; те, у кого камни в желчном пузыре, склонны страдать от исключительно тяжелых приступов желчных колик, а острая желтая атрофия печени особенно часто возникает во время беременности. У женщин, у которых расширение вен уже имеется, во время беременности может произойти очень сильное увеличение вен; и при тех же обстоятельствах незначительные телеангиозектазы увеличиваются до обширных ангиоматозов. Увеличение щитовидной железы во время беременности быстро увеличивается, так что может достигать угрожающих размеров. У женщин, у которых стенки брюшной полости вялые, внутренние органы могут выпячиваться во время беременности через расширенные лакуны, приводя к возникновению грыжи. Сильное расслабление брюшины и других связочных прикреплений больших брюшных желез, происходящее во время беременности и послеродового периода, приводит к смещению этих органов; гепатоптоз (мигрирующая или подвижная печень), лиеноптоз (спленоптоз или блуждающая селезенка), нефроптоз (ренмобильная, плавающая или

подвижная почка) и другие разновидности энтероптоза (спланхноптоз, висцероптоз или болезнь Гленара). Во время беременности ранее здоровые зубы склонны к кариозному поражению, и уже существующий кариес быстро прогрессирует. В этот период появляются новообразования различных видов, те, что были ранее, быстро увеличиваются; особенно склонны к рецидивам после операций по удалению злокачественных опухолей. Даже кости подвергаются неблагоприятному воздействию. Ослабленная нервная система подвержена целому ряду меняющихся нервных расстройств, в некоторых случаях настолько серьезных, что приводят к вспышке настоящих психозов; в то время как уже имеющееся психическое расстройство, как правило, серьезно усугубляется во время беременности. В глазах могут возникать серьезные нарушения, такие как ретинит и атрофия сосудистой оболочки с полным амаврозом. Что касается слуха, то звон в ушах не является редкостью, а иногда возникает полная глухота. Многочисленные кожные заболевания могут возникать во время беременности; в дополнение к хорошо известной пигментации лица, молочной железы и других частей тела, у нас могут быть герпес, экзема или кожный зуд.

Серьезное обострение, которое беременность может вызвать при многих ранее существовавших заболеваниях, хорошо известно, и это обострение в некоторых случаях является показанием к искусственному прерыванию беременности. Эта необходимость может возникнуть в тяжелых случаях заболеваний почек, сердца, легких или печени, при прогрессирующей анемии, тяжелой остеопении, гемофилии и многих других острых и хронических патологических состояниях, поскольку в исключительных случаях, по мере наступления беременности, симптомы любого из этих заболеваний могут стать настолько угрожающими, что жизнь пациентки либо находится в непосредственной опасности, либо почти наверняка окажется в опасности в течение очень короткого промежутка времени — это может произойти, например, при диабете, стреме (зобе) или некоторых нервных заболеваниях, таких как хорей, полиневрит (множественный неврит) или психические расстройства. Несомненно, в этой связи, как *настаивает В. А. Фрейнд*, решающее значение имеет не фактический характер заболевания, а скорее его интенсивность и влияние на здоровье беременных женщин; эти обстоятельства, рассматриваемые в связи с сопротивляемостью пациентки, должны быть определяющими при принятии мер по прерыванию беременности. Показанием к искусственному прерыванию беременности обычно является также неконтролируемая рвота, зависящая от беременности и представляющая угрозу для жизни пациентки; необратимое ущемление ретрофлексированной матки в мешке Дугласа, или тяжелой матки при грыже, или необратимое выпадение тяжелой матки также потребует аборта.

В. А. Фрейнд приводит пример распространенного патологического состояния, обычно не представляющего опасности, но время от времени, когда оно связано с беременностью, серьезно угрожающего жизни и делающего абсолютно необходимым искусственное прерывание беременности — это острая *сосудистая струма* (увеличение сосудов щитовидной железы), которая в течение первых трех месяцев беременности может демонстрировать такой быстрый рост, что приводит к тяжелой ортопноэ и цианозу и, таким образом, ставит под угрозу жизнь пациентки.

В случаях, когда туберкулез гортани является осложнением туберкулеза легких, первое заболевание иногда прогрессирует настолько быстро во время беременности, что внезапная смерть от отека голосовой щели отнюдь не редкость. *Фрейнд*, следовательно, видит в этом осложнении абсолютное показание к искусственному прерыванию беременности.

В случаях ранее хорошо компенсированных клапанных поражений сердца нарушения компенсации нередко возникают в результате беременности; в то время как в случаях, когда

цианоз, одышка, альбуминурия и водянка существовали еще до беременности, последнее состояние, вероятно, приведет к усугублению этих симптомов до степени, угрожающей жизни.

Роды, в еще большей степени, чем беременность, могут нанести серьезный вред женскому организму. Таким образом, во время родов часты рваные раны влагалища с последующим образованием рубцов и стеноза; также распространены рваные раны промежности, причиняющие большие неудобства, а в завершенном виде приводящие к недержанию кала со всеми его неприятными последствиями. Велика опасность, возникающая при септических послеродовых воспалениях, таких как тазовый перитонит (периметрит); серьезными являются последствия послеродовых пузырно-вагинальных и ректо-вагинальных свищей.

Большую роль в локальной патологии женских половых органов играют различные смещения матки, возникающие либо вследствие воспалительных процессов в их связках, либо зависящие от расслабления этих связок в результате субинволюции внутренних половых органов либо после доношенных родов, либо после аборта.

Травма, от которой страдают как женщины состоятельного, так и работающего класса в результате многочисленных и часто повторяющихся беременностей, подробно описана *Хегаром*. "Мы можем," пишет он, - подсчитать опасность для жизни, которой подвергается такая несчастная женщина в результате акта размножения. Если мы предположим, что обычная смертность женщин при родах составляет 6 промилле, то у женщины, которая в течение 15 лет рожала 16 раз (будь то преждевременно или доношенно), опасность будет в 16 раз выше, чем при однократных родах, и смертность составит $6 \times 16 = 96$ промилле; то есть из 1000 женщин, которые беременели такое количество раз, 96 умрут - почти 1 из 10. Более того, при этом расчете не принималась во внимание повышенная опасность, обусловленная необычно быстрой последовательностью поставок. И, опять же, в расчет принимались только непосредственные результаты поставок. Нередко женщины на более поздних сроках становятся жертвами болезней, приобретенных в родах; в то время как у других вследствие повторных беременностей их способность к сопротивлению настолько сильно снижается, что они не в состоянии бороться со случайными заболеваниями. В любом случае, женщина, пережившая многочисленные и быстро сменявшие друг друга беременности, получила повреждения, которые сохранятся на всю оставшуюся жизнь. Ее ткани потеряли свою эластичность, стенки брюшной полости вялые, живот выпуклый, внутренние органы брюшной полости смещены, сосуды расширены, репродуктивные органы находятся в состоянии субинволюции и являются очагом структурных изменений. Наибольшая опасность возникает в случаях, когда беременность является следствием незаконной любви, за которую приходится расплачиваться, поскольку в таких случаях сифилитическая и гонорейная инфекции являются исключительно распространенными. Эти осложнения, действительно, не исключены в случае замужних женщин, поскольку супружеская неверность имеет место, и, опять же, добрачное, но не полностью излеченное венерическое заболевание может принести плоды в браке, причем последнее явление почти всегда приписывается мужу. Сифилитическая или гонорейная инфекция также может возникнуть каким-либо другим способом, помимо сокоупления, и женщины более подвержены этому заболеванию, чем мужчины, из-за большего размера половых путей у первых".

Очень многочисленны расстройства нервной системы, связанные с сексуальной функциональной активностью женщины в этот период ее сексуальной жизни.

Фрейд в своем описании неврастенического симптомокомплекса, которому он дает название *невроз страха*,^[36] утверждает, что причину этих приступов тревоги^[36] очень часто можно обнаружить в ряде вредных воздействий в сфере сексуальной жизни. У женщин возникают следующие тревожно-неврозные состояния:

а) Как девственная тревога или тревога подростков. Фрейд наблюдала ряд недвусмысленных примеров, показывающих, что первое столкновение с сексуальной проблемой, довольно внезапное раскрытие того, что до сих пор скрывалось, как, например, вид какого-либо полового акта или что-то прочитанное или услышанное в разговоре, может вызвать у девочки в период полового созревания невроз тревоги, который очень типичным образом сочетается с истерией.

б) Как беспокойство новобрачных. Молодые жены, у которых не было сексуального чувства при их первом половом акте, нередко страдают неврозом тревоги, который, однако, исчезает, как только сексуальное чувство становится нормальным. Поскольку, действительно, большинство молодых женщин, которым не хватает сексуального чувства при их первом опыте полового акта, остаются, тем не менее, вполне здоровыми, очевидно, что какая-то другая причина должна способствовать возникновению невроза тревоги.

с) Как беспокойство у замужних женщин, мужья которых страдают от *эякуляции во время беременности* или от значительного снижения сексуальной потенции, или

д), мужья которых практикуют *прерывистый коитус* или *резервный коитус*. Случаи из этих двух категорий тесно связаны, поскольку из анализа достаточно большого числа случаев легко установить, что действительно важный вопрос заключается в том, получает ли жена сексуальное удовлетворение во время полового акта или нет. В последнем случае создаются условия, необходимые для возникновения невроза тревоги.

е) Как тревога у вдов и у добровольных абстинентов, нередко в типичном сочетании с импульсивными идеями.

ф) Как тревога в климактерический период, во время последней вспышки сексуальной страсти.

Многочисленные аномалии половых органов, которые не вызывали у девственницы никаких неприятностей, проявляют свое влияние во время угрозы, неблагоприятно воздействуя на нервную систему. Таким образом, в случаях пороков развития внешних органов размножения, легкой атрезии влагалища, рудиментарного состояния влагалища, ригидной девственной плевы или локальных изменений во влагалище неврозы или гистероневрастенические расстройства возникают только в начале полового акта. Точно так же иногда нервные заболевания, которые, хотя предрасположенность к ним и присутствовала, были скрытыми у девушки, такие как эпилепсия и различные психические расстройства, впервые проявляются в результате полового акта.

Механическое раздражение нервов таза, возникающее при половом акте, может даже у женщин, репродуктивные органы которых здоровы, вызывать ощущения веса, давления и прижатия, различные болезненные ощущения в крестцовой области, над копчиком, в ягодицах или в верхней части бедер, а также “симптомы увеличения поясницы”,^[37] а именно, слабость нижних конечностей, ненормальные ощущения усталости в нижних конечностях и спине, иногда также нарушения мочеиспускания и дефекации.

При различных заболеваниях репродуктивной системы у женщин в возрасте половой зрелости или связанных с ними происходят связанные с ними психические процессы,

которые сильно влияют на нервную систему. Такими процессами являются меланхолические и тревожные мысли о возможном влиянии болезни на счастье супружеской жизни, о бездетности или о потере сексуального уважения мужа, или, опять же, страх того, что привязанность станет раковой, страх перед какой-либо необходимой операцией или досада из-за ограничения ее полезности в качестве домохозяйки, жены и матери. Таким образом, у женщин, страдающих сексуальными влечениями, очень часто возникает состояние общей неврастении или какое-либо неврастеническое функциональное нарушение других органов.

Осознание того, что она страдает от поражения половых органов, производит глубокое и неизгладимое впечатление на разум женщины, которая серьезно относится к своим обязанностям жены и чьи мысли и чувства сосредоточены в сексуальной сфере. В результате мелкие неприятности рассматриваются через увеличительную линзу тревоги, и общая чувствительность повышается. Эта гиперестезия не ограничивается пораженной областью, но проявляется в различных других частях тела многочисленными явлениями рефлекторного характера. В первую очередь следует упомянуть сильные головные боли, крестцовую боль, ощущение давления в животе, проблемы с сердцем, сердцебиение, боли в животе, тошноту и рвотные позывы, а также нарушения аппетита и пищеварения. Эти расстройства разрушают трудоспособность и удовольствие от жизни.

Далее мы должны принять во внимание многочисленные состояния, способные беспокоить ум в этот период жизни. У бездетных женщин мы сталкиваемся с проблемой их бесплодия, постоянным стремлением быть благословленными детьми, страстным поиском лекарства и нередко в этих случаях с конфликтом между репродуктивным импульсом и этическим принципом супружеской верности. С другой стороны, у плодовитых матерей мы испытываем беспокойство, как бы из-за слишком частого вынашивания детей их красота не пострадала и средства к существованию семьи не оказались под угрозой; эти соображения приводят во многих случаях к практике *резервного коитуса* его пагубными физическими и моральными последствиями. В среднем и рабочем классах мы стремимся быть полезными компаньонами для мужа и в то же время помогать в поддержке и образовании детей. И последнее, но не менее важное: мы сталкиваемся с мощным влиянием местных терапевтических мер и страхом перед оперативными процедурами, и то, и другое оказывает наиболее возбуждающее воздействие на психику женщины. По правде говоря, кризис - это период, полный бурных волнений и мощных революций.

Помимо воздействия на сами половые органы, сексуальная жизнь женщины в период угрозы проявляет свою пагубную силу, особенно в отношении функций пищеварения, сердца и нервной системы.

Когда мы сравниваем различные последствия, которые могут быть вызваны в основных органических системах в результате функциональных нарушений и органических заболеваний женских половых органов, мы обнаруживаем, что по частоте их возникновения заболевания нервной системы занимают первый ранг; следующими по частоте идут расстройства органов пищеварения, которые возникают в симпатической ассоциации с заболеваниями женских репродуктивных органов; в то время как третий ранг по частоте и важности занимают сердечные расстройства, которые возникают в связи с изменениями в женских органах размножения и принимают форму либо нарушений функций сердца, либо структурных изменений в сердечной деятельности. мускулы.

Диспепсия матки.

Хотя давно известно, что беременные женщины и женщины, страдающие заболеваниями репродуктивных органов, страдают от различных диспепсических расстройств, я сам был

первым (в "Берлинской клинической больнице", 1883), кто объединил и описал под названием *диспепсия матки*, особую группу диспепсических состояний, которые зависят от заболеваний женских репродуктивных органов. Я исключил из рассмотрения органические заболевания желудка и кишечника, зависящие от анатомических изменений в этих органах, хотя они также могут иметь сходную этиологию, и описал только более частые диспепсии, протекающие без органических изменений в пищеварительном аппарате, происхождение которых следует объяснить тем фактом, что определенные структурные изменения и смещения матки (будут обсуждены позже) вызывают центростремительные импульсы и что они оказывают рефлекторное влияние на пищеварительную деятельность.

Это влияние, по моим наблюдениям, влияет на секреторный и мышечный аппарат, а также на нервные элементы пищеварительного тракта, и я рассматриваю следующие состояния как характерные для диспепсии матки, хотя они не обязательно возникают все одновременно: изменения желудочной секреции, возбуждение рвотного центра, тормозящее влияние на перистальтику кишечника и гиперестезию желудка.

Симптомы диспепсии матки могут сильно различаться по интенсивности, но нередко становятся настолько серьезными, что очень серьезно нарушают общее состояние здоровья пострадавшей женщины. Их можно перечислить следующим образом: аппетит при диспепсии матки непостоянный, но в целом хороший; язык обычно не покрывается каким-либо значительным налетом, слизистая оболочка рта обычно не претерпевает каких-либо заметных изменений; боль в эпигастрии часто возникает после еды с кислотной отрыжкой и изжогой (пирозом);^[38] иногда наблюдается сильная рвота, возникающий после каждого приема пищи или утром натощак; кроме того, запор является почти постоянным симптомом, связанным с чрезмерным выделением газов в кишечном канале. Боль обычно носит тупой характер и несколько ослабляется при надавливании, но она может быть сильной и пронизывающей и может простреливать межреберные промежутки. Скопление газов в брюшной полости вызывает различные болезненные ощущения, растяжение, чувство наполненности; и их изгнание сопровождается заметным облегчением.

Что касается состава желудочной секреции, то иногда наблюдается повышение кислотности. Пищеварение в желудке замедлено; экспериментальное опорожнение желудка после простого пробного приема пищи (бифштекс и рулет) показало, что небольшое количество непереваренных остатков оставалось в желудке в течение семи-восьми часов после этого. Частые отрыжки выводят газы или водянистую жидкость с кислой реакцией (*пироз* или *разбавление водой* - см. Примечание 38). При акте рвоты удаляются большие или меньшие массы принятой пищи; в рвотных массах сарцин в большом количестве часто может быть обнаружен под микроскопом. Запор присутствует почти во всех случаях диспепсии матки; и даже в тех случаях, когда время от времени случаются приступы диареи, тщательное обследование покажет, что они, как правило, преходящи и являются последствиями запора из-за раздражения, вызванного скопившимися массами. В одном случае длительной диспепсии матки я наблюдал при отсутствии какого-либо расширения желудка хорошо известный феномен "перистальтического беспокойства желудка" (*tormina ventriculi nervosa*), при котором перистальтическая активность желудка значительно усиливается и становится видимой невооруженным глазом в виде больших и мощных волнений в области желудка, движущихся слева направо.

С этими симптомами, поражающими органы пищеварения, связаны различные нервные проявления в различных органах, такие как невралгия различных нервов, учащенное сердцебиение, головокружение, головная боль и нервная астма. Общее питание организма часто значительно страдает в случаях длительной диспепсии матки; могут наступить чрезмерное истощение и общий маразм; мы наблюдаем также умственную депрессию, меланхолию, раздражительный характер и нежелание выполнять какую бы то ни было работу.

Очень важным, но очень сложным является дифференциальный диагноз между диспепсией матки, с одной стороны, и, с другой, хроническим катаром желудка, хронической язвой желудка, нервной диспепсией и иногда даже карциномой желудка.

Что касается отличия от хронического катара желудка, то при этом последнем заболевании заметными симптомами являются потеря аппетита и изменения слизистой оболочки полости рта; рвотные массы также обычно содержат много слизи. Более сложной является дифференциальная диагностика хронической язвы желудка в случаях, когда пациенты с анемией жалуются на аномалии менструации, связанные с диспепсическими расстройствами и кардиалгией. В тяжелых случаях диспепсии матки отличить ее от карциномы желудка может быть очень трудно — во всяком случае, в тех случаях, когда не проводилось исследование половых органов. Упорные диспепсические расстройства, сопротивляющиеся любым лечебным мерам (если только они не направлены на облегчение местного заболевания репродуктивных органов), прогрессирующая анемия, сильное истощение и боли, локализующиеся в желудке, — все это состояния, общие для обоих этих заболеваний. Отсутствие опухоли желудка, тщательный осмотр рвотных масс и исследование половых органов приведут к правильному диагнозу, если речь идет о диспепсии матки. Поверхностное исследование с высокой вероятностью приведет к тому, что случай диспепсии матки будет расценен как нервная диспепсия (*фон Леубе*); тем не менее, даже несмотря на очень близкое сходство симптомов двух заболеваний, их дифференциация имеет важное значение. При нервной диспепсии акт пищеварения влияет на нервную систему таким образом, что, даже когда химические процессы протекают нормально, организм в целом испытывает симпатическое воздействие рефлекса от раздражения нервов желудка и, в свою очередь, реагирует на механический процесс пищеварения более или менее бурным образом. Однако при диспепсии матки наблюдается прямо противоположная взаимосвязь, поскольку на деятельность желудка влияет нервная система, рефлекторные импульсы, возникающие при патологических процессах в репродуктивных органах; более того, при этой форме диспепсии, в отличие от нервной диспепсии, химический состав пищеварения часто нарушен, и, кроме того, процесс не завершается в течение нормального периода.

Часто диагноз диспепсии матки может быть поставлен с уверенностью только *ex juvantibus*.^[39] Поскольку это заболевание нельзя вылечить, если сначала не облегчить заболевание репродуктивных органов, от которых оно зависит; и, наоборот, местные меры по облегчению заболевания матки часто сразу устраняют все диспепсические расстройства, от которых страдает пациентка.

Мой собственный опыт привел меня к выводу, что именно определенные местные механические раздражители, воздействующие на женские половые органы, которые, действуя в течение длительного периода на чувствительные нервы матки или ее приложения, вызывают рефлекторным действием вышеупомянутые нарушения пищеварения. Заболевания вульвы и влагалища, катаральное воспаление, кольпит и бели, а также выпадение влагалища сами по себе не приводят к возникновению диспепсии матки;

также как и воспаления слизистой оболочки матки, такие как эндометрит (если только они не связаны с паренхиматозными изменениями всей матки), хронический катар слизистой оболочки, эрозия и изъязвление шейки матки в незначительной степени или умеренные периферические и параметрические выделения. С другой стороны, диспепсия матки часто возникает в случаях смещения, сгибания или вариаций матки, или в случаях структурных изменений матки, сопровождающихся увеличением органа, хроническим метритом, миомами, особенно при интрамуральном (интерстициальном) поражении, смещении фаллопиевых труб и яичников, хроническом офорите, обширных воспалительных выделениях, возникающих в результате тазового перитонита и приводящих к смещению, “компрессии” или деформации матки и ее прилегающих тканей, глубокому фолликулярному или карциноматозному поражению. Изъязвление шейки матки или, наконец, опухоли яичников. В качестве наиболее распространенного состояния, приводящего к диспепсическим нарушениям рассматриваемого вида, следует упомянуть ретрофлексию увеличенной матки.

Под названием диспепсии матки мы также можем классифицировать диспепсические нарушения, возникающие во время полового созревания или менопаузы и в сочетании с определенными аменорейными и дисменорейскими состояниями, и, кроме того, рвоту беременных женщин.

Рвота беременных женщин, которую следует рассматривать как рефлекторное нарушение работы желудка, возникает с особой серьезностью при первых беременностях, в первые месяцы беременности, с такой регулярностью, что считается одним из наиболее типичных признаков беременности. Таким образом, у 177 беременных женщин Хорвиц наблюдал рвоту у 147 (83 из которых были первородящими и 64 многоплодными), и только у 29 этот симптом отсутствовал. В этой серии случаев она чаще всего проявлялась между десятой и одиннадцатой неделями беременности. Рвота у беременных женщин чаще всего возникает рано утром, сразу после подъема (утренняя тошнота), но также и в другое время дня; обычно она проходит легко, без каких-либо сильных переживаний, и после ее окончания пациентка чувствует себя вполне комфортно. Это редко продолжается позже четвертого месяца беременности.

Очень серьезной по своему влиянию на общее состояние питания является неконтролируемая рвота, которая иногда возникает у беременных женщин (*гиперемезис гравидарный*), продолжающаяся на протяжении всего срока беременности. Это следует рассматривать как преувеличение физиологической рвоты беременных женщин, у пациенток, нервное равновесие которых глубоко нарушено; но в равной степени с обычным “утренним недомоганием” это зависит от рефлекторной стимуляции нервов желудка, осуществляемой растущей маткой. Один источник такой стимуляции можно обнаружить в растяжении брюшины матки, возникающем в результате увеличения этого органа; другой - в определенных смещениях матки; но в дополнение к этим местным аномалиям мы должны предположить существование особой предрасположенности со стороны нервной системы, в силу которой повышается рефлекторная раздражимость, в то время как сила рефлекторного торможения уменьшается.

Прогноз и лечение диспепсии матки зависят главным образом от характера заболеваний женских половых органов, которые привели к нарушениям пищеварения, и эта патологическая взаимосвязь требует, прежде всего, тщательного изучения. Следующий пример из моей собственной истории болезни можно рассматривать как типичный для случаев этого класса. Миссис Н., 25 лет, замужем 6 лет, бесплодна, жалуется на сильную диспепсию. Аппетит довольно хороший, но после каждого приема пищи возникала сильная

гастралгия с изжогой и кислотной отрыжкой, и очень часто от пищи отказывались; были также упорные запоры и сильное расстройство из-за скопления газов в кишечном канале. В рвотных массах крови замечено не было. Пациент был сильно истощен и пребывал в крайне подавленном настроении. Ни в легких, ни в органах пищеварения ни один из врачей, под наблюдением которых женщина находилась последние четыре года, не обнаружил каких-либо аномальных изменений, которые могли бы объяснить столь бурные проявления. Теперь, наконец, было проведено гинекологическое обследование, которым до сих пор пренебрегали. Было обнаружено, что матка сильно загнута назад и увеличена. За исправлением положения этого органа немедленно последовало исчезновение всех проблем с желудком; рвота прекратилась, через несколько месяцев женщина забеременела, и беременность и роды протекали вполне нормально; с тех пор диспепсия не возвращалась.

С момента появления моей работы о диспепсии матки в последние годы были опубликованы многочисленные наблюдения, еще более четко доказывающие причинную зависимость нарушений функции желудка от заболеваний женских половых органов.

Лами, например, провел тщательное исследование одного из вышеупомянутых симптомов диспепсии матки, а именно возбуждения рвотного центра. Его выводы таковы: Среди общих симптомов заболеваний матки диспепсия, во всех ее формах и во всех степенях интенсивности, занимает первое место по частоте встречаемости. Среди сопутствующих этим рефлекторным процессам следует упомянуть маточную рвоту. Это редко встречается как единственный симптом расстройства органов пищеварения; но когда это происходит само по себе, очень важно, чтобы причина поражения не была неправильно понята. Заболевания матки и околоуtroбные поражения являются состояниями, которые чаще всего вызывают эту проблему, но в определенном количестве случаев это связано с физиологическими изменениями в женских половых органах. К таким изменениям относятся те, которые связаны с функциональной активностью репродуктивного аппарата в период полового созревания, во время менструации, в связи с половым актом, во время беременности и при смене образа жизни, в период менопаузы. Рвота беременных женщин имеет ту же природу и подтверждает нашу веру в маточное происхождение и патогенез рвоты в другое время, чем во время беременности. Диагноз истинной причины маточной рвоты не может быть поставлен на основании характера последней, а только на основании знания условий, при которых она возникает, точно так же, как и при других маточных рефлексах, таких как невралгия или кашель. Рвотные массы могут состоять только из пищи, принятой последним, или они могут содержать желчь, без присутствия этого последнего компонента, указывающего на наличие какого-либо заболевания печени. Лечение этого заболевания, которое действительно не угрожает жизни, но серьезно ухудшает общее состояние питания, должно быть местным, направленным против заболевания половых органов: так, в одном случае такого рода излечение было достигнуто с помощью оофоризектомии.

Большинство женщин, у которых *Лами* наблюдал этот симптом диспепсии матки, были хлоранемическими индивидуумами с раздраженной нервной системой, городскими жительницами, молодыми девушками, у которых частые вечеринки и танцы, неправильно подобранная диета и в целом неподходящий образ жизни привели к развитию “девственного метрита”. Признаками нарушения функций желудка были, в первую очередь, замедление желудочного пищеварения, в то время как аппетит оставался хорошим. Более того, желудок часто вздувался из-за газов, и это вызывало частые газовые отрыжки; также наблюдались боли в эпигастрии, из-за которых пациенту было трудно переносить давление

одежды, а иногда при малейшем контакте возникала сильная боль. Приступам рвоты, которые возникали характерным образом с периодическими перерывами на свободу, обычно предшествовали в течение более длительного или более короткого периода диспепсические симптомы. Сама рвота, если она возникала сразу после еды, не сопровождалась тошнотой, чувством слабости или холодным потом, а скорее напоминала своего рода безболезненную регургитацию; но когда рвота появлялась только через несколько часов после приема пищи, она была болезненной, и тогда рвотные массы приобретали зеленоватый оттенок из-за примеси желчи.

Проблемы с желудком, возникающие во время менструации, рассматриваются *П. Мюллером* как еще одно указание на тесную связь между половыми органами и пищеварительным трактом. У женщин, страдающих истерическими проявлениями, желудочные расстройства, кардиалгия и нервная диспепсия очень часто связаны с менструацией. Эти желудочные симптомы обычно проявляются за несколько дней до наступления менструации и исчезают, как только налаживается кровообращение. В других формах, опять же, проблемы с пищеварением начинаются с появлением выделений, чтобы исчезнуть в течение более позднего периода менструации; а в еще других случаях расстройство желудка начинается еще позже и прекращается только тогда, когда выделения подходят к концу. Эти симптомы могут возникать у женщин, у которых половые органы совершенно здоровы и у которых менструации проходят регулярно. Однако более серьезные симптомы могут появиться, если менструация нарушена по какой-либо причине или если она подавлена. Нередко такие женщины, когда они беременеют, страдают, особенно в первые месяцы, от диспепсических симптомов; но подобная диспепсия может возникать у беременных женщин, которые ранее были вполне здоровы.

К той же категории принадлежат случаи, ранее описанные *фон Лейденом* под названием невралгии и гиперестезии желудка, которые он наблюдал у молодых девушек как следствие нарушений менструального цикла, и более конкретно *suppressio mensium*. В этих обстоятельствах чувствительность желудка может стать настолько сильной, что каждый раз, когда принимается пища, пациентка страдает от таких сильных болей или от такого мучительного чувства тревоги и угнетения, что она начинает есть все меньше и меньше, что приводит к крайней степени истощения и маразму. В одном из таких случаев при гинекологическом осмотре была обнаружена врожденная атрофия матки.

Согласно *Р. Арндту*, особенно у хлорневротиков раздражители, проистекающие из патологических состояний репродуктивных органов, часто вызывают рефлекторным действием все виды нарушений пищеварительного тракта, таких как запор и метеоризм, беспокойство в желудке и потеря аппетита, слабость пищеварения, кардиалгия и сужение пищевода. Даже простой менструации достаточно, чтобы дать многочисленные доказательства этого факта, но еще больше таких последствий возникает из-за серьезных заболеваний репродуктивных органов, таких как изменения формы, смещения и воспалительные состояния, а также, с другой стороны, более или менее выраженная гипоплазия.

Г. Браун опубликовал три случая, иллюстрирующих связь между неврозом желудка и заболеваниями матки. В первом из этих случаев у женщины в возрасте двадцати пяти лет после каждого приема пищи возникали серьезные нарушения пищеварения, иногда сопровождавшиеся сильной рвотой. В желудке или других органах пищеварения не было обнаружено никаких изменений, и симптомы упорно не поддавались никакому прямому лечению. Гинекологическое обследование показало крайнюю подвижность матки, и для облегчения этого состояния был введен подходящий пессарий. После этого рвота

немедленно прекратилась, все другие проблемы с пищеварением полностью прошли, и общее состояние питания, которое раньше было настолько нарушено, что требовало использования питательных клизм из мясного раствора, теперь стало нормальным. Вторым случаем была женщина тридцати лет, которая со времени своих последних родов два года назад постоянно страдала от неприятных ощущений в желудке и рвоты, которая оказалась совершенно неконтролируемой. Гинекологическое обследование выявило обширную рваную рану шейки матки с эктропией слизистой оболочки. Для облегчения этого состояния была проведена операция, и таким образом была вылечена рвота, продолжавшаяся два года. В третьем случае, у женщины двадцати восьми лет, рвота началась через три месяца после ее родов и повторялась всякий раз, когда пациентка выходила из лежачего положения, в котором она чувствовала себя вполне хорошо. При местном осмотре было обнаружено выпадение матки, умеренно увеличенная вагинальная часть шейки матки непосредственно в пределах влагалищного отверстия. Ампутация вагинальной части шейки матки вылечила рвоту и полностью восстановила здоровье пациентки.

На частоте желудочных поражений при ретрофлексии матки настаивает *Панецкий*. В восьми случаях он обнаружил невроты желудка, возникшие в результате такой ретрофлексии, и во всех случаях лечение немедленно следовало за исправлением положения матки. Он настаивает на том, что если после репозиции ретрофлексированной матки проблемы с желудком все еще сохраняются, необходимо тщательное местное обследование желудка.

Эйзенхарт у женщины сорока двух лет исправил подвижное загибание матки, и вслед за этим очень тяжелые желудочные симптомы продолжительностью в несколько месяцев вскоре исчезли. *Грейли-Хьюитт*, у незамужней женщины двадцати семи лет, вылеченной путем репозиции ретрофлексированной матки от желудочного расстройства, которое сохранялось в течение девяти лет; *Элдер* и *Хенрик* сообщают об идентичных результатах при желудочных заболеваниях, вызванных ретрофлексией или ретроверсией матки. *Яффе* у двадцатитрехлетней девственницы, которая была близка к смерти из-за желудочного расстройства с рвотой, при местном обследовании обнаружил обильные, густые, гнойные выделения изнутри матки; выскабливание и орошение полости матки растворами антисептиков немедленно облегчили проблему с желудком. Аналогичный опыт зарегистрирован *К. ван Туссенбеком* и *Мендесом де Леоном* в случаях расстройства желудка, вызванного *грибковым* и *интерстициальным паренхиматозным эндометритом*; и *Готтшалком*, в случаях саркомы ворсинок хориона. *Леви* и *Батлер-Смайт* наблюдали облегчение пернициозной рвоты после операции Эммета (трахелоррафии).

Что касается связи желудочно-кишечных поражений с заболеваниями репродуктивных органов, *Тейлхабер* в наблюдаемых им случаях выделяет три группы. В первой группе случаев гинекологическая аномалия была случайным сопутствующим заболеванием, а не причиной желудочных заболеваний. Во второй группе он рассматривает гинекологические проблемы как зависящие от поражения желудочно-кишечного тракта, полагая, что вследствие атонии кишечника и накопления в нем фекалий и газов в области нижней полой вены происходит замедление кровообращения, что приводит к венозному застою в матке и, таким образом, приводит к метроррагии, дисменорее и флуоресценции. В третьей группе случаев *Тейлхабер* считает, что проблемы с маткой являются причиной нарушений в работе желудка и кишечника. Он, как и я, обнаружил у всех этих пациентов торможение перистальтики кишечника; но, с другой стороны, он обнаружил, что желудочные выделения чаще всего были нормальными и что лишь в небольшой части случаев был возбужден рвотный центр. Кроме того, у большинства этих женщин течение пищеварительных процессов было вполне нормальным; и, наконец, в его серии случаев эндометрит был одной из наиболее

распространенных причин последовательных желудочных расстройств. Его наблюдения привели его к выводу, что “вследствие поражений матки возникает большое количество различных симптомокомплексов желудочных заболеваний:” чисто нервная диспепсия Лейбе, зависящая от атонии толстой кишки и атонии желудка, гиперхлоргидрия и анацидность, периодическая гастралгия без анатомической причины и т.д.

Маточная кардиопатия.

Я использую термин *маточная кардиопатия* для обозначения разнообразных сердечных расстройств, которые возникают у женщин как рефлекторные процессы, возбуждаемые физиологическими функциями и патологическими расстройствами половых органов, и принимают форму самых разнообразных нарушений сердечной функции. Каждая фаза сексуальной жизни женщины — та, на которой репродуктивные органы достигают полного развития и впервые появляется менструация (менархе); начало полового акта; беременность, роды и послеродовой период; наконец, регрессивный процесс в климактерическом возрасте, внешним проявлением которого является менопауза, — может привести к возникновению таких сердечных заболеваний. Чтобы объяснить эти проблемы как рефлекторные по своей природе, мы должны, с одной стороны, обратиться к анатомическим изменениям в матке и ее оболочке, которые происходят на каждой из вышеупомянутых фаз сексуальной жизни; а с другой стороны, мы должны принять во внимание психические процессы, сопровождающие эти анатомические изменения, чтобы оценить их влияние на двигательные и чувствительные нервы сердца (см. Разделы, посвященные *менархе* и *менопаузе*).

Определенная предрасположенность к маточной кардиопатии существует у многих людей и во многих семьях. Эта предрасположенность может проявляться таким образом, что у женщин, которые во время менархе страдали от нарушения сердечной деятельности, аналогичное нарушение сердечной деятельности, вероятно, повторится во время менопаузы, причем симптомы повторного приступа в большинстве случаев идентичны тем, которые имели место во время менархе. В состоятельных и культурных кругах общества кардиопатия матки встречается гораздо чаще, чем среди рабочего класса. Как необычно раннее, так и необычно позднее начало менструации, как правило, благоприятствуют возникновению маточной кардиопатии. Наиболее ценными терапевтическими мерами, которые мы можем применить для борьбы с этими расстройствами, являются соответствующие диетические и гигиенические предписания в сочетании с благоприятными психическими воздействиями.

Заболевания женских репродуктивных органов, включая простые функциональные нарушения, очень часто сопровождаются — гораздо чаще, чем предполагалось до сих пор, — сердечными расстройствами. Но в то время как в некоторых случаях эти сердечные нарушения напрямую зависят от заболевания половых органов, в других случаях невозможно доказать существование такой этиологической связи, и поэтому связь следует рассматривать как случайную.

В случаях первого рода зависимость сердечного расстройства от заболевания половых органов весьма изменчива по своей природе.

Рефлекторные проявления со стороны нервной системы могут быть вызваны патологическими изменениями в половых органах, аналогично тому, что обсуждается в других частях этой работы в отношении сердечных заболеваний, которые могут возникать во время менархе и менопаузы; такие сердечные расстройства действительно вызываются, в частности, изменениями в яичниках, нарушениями менструальной активности, подавлением

менструаций — как проявления, так сказать, менструального рефлекса. Сердечные расстройства чаще всего принимают форму пароксизмов тахикардии, периодически повторяющихся либо в связи с менструальными выделениями, либо, если они прекращаются, в то время, когда они должны появиться. В этих случаях мы должны предположить, что местные раздражители, вызванные патологическими изменениями в матке и яичниках, оказывают рефлекторное воздействие на сердечные нервы, посредством чего частота сердечных сокращений увеличивается, не задаваясь более подробным вопросом, является ли рефлекторное воздействие эффективным за счет подавления нормальной деятельности блуждающего нерва, или за счет стимуляции симпатического, или, возможно, за счет комбинации этих факторов. Гораздо реже мы замечаем, в связи с нарушениями репродуктивной системы, рефлекторное снижение частоты сердечных сокращений, причем этот эффект объясняется тем же образом, что и хорошо известный эксперимент *Гольца*, в котором, если обнажить брюшко лягушки и резко ударить по кишечнику рукояткой скальпеля, сердце остановится в диастоле со всеми явлениями торможения блуждающего нерва.

При другой группе заболеваний половых органов нарушения сердечной деятельности могут быть вызваны давлением, которое вследствие патологических процессов в половых органах оказывается на отдельные нервы или на целое нервное сплетение. Опухшие и опущенные яичники, увеличенная и смещенная матка, воспалительные узлы и гиперплазии внутрибрюшной соединительной ткани, сократительные процессы в параметрической соединительной ткани,^[40] опухоли матки, будь то интрамуральные или находящиеся внутри этого органа, опухоли яичников, опущение матки и внутрибрюшные перитонеальные спайки, возникающие в результате воспалительных процессов, являются основными состояниями, которые могут вызывать рефлекторные нарушения сердечной деятельности; но определенные изменения тканей, такие как эндометрит, эрозии (хронический катар шейки матки) и изъязвления половых путей, с обнажением нервных окончаний или без них, также способны вызывать тот же эффект. Здесь симпатическая нервная система образует канал, посредством которого раздражения, воздействующие на нервы половых органов, передаются в центральную нервную систему и посредством которого также производятся рефлекторные проявления этого раздражения, принимающие форму частично нарушения сердечной деятельности, учащенного сердцебиения и пароксизмальной тахикардии, а частично болей в области сердца и нарушений по ходу крупных сосудов.

Кроме того, в случаях длительно продолжающегося заболевания женских половых органов, сопровождающегося сильным кровотечением и в некоторых случаях флюорозом, питание в целом и гемопозз могут серьезно нарушаться, что может привести к нарушениям сердечной деятельности, что, например, часто наблюдается при хлоранемических состояниях. В таких случаях мы наблюдаем учащенное сердцебиение, как субъективное, так и объективное, слабый и сдавливаемый пульс, часто нерегулярность сердечной деятельности, необычайно четкие сердечные тоны, часто, однако, систолические шумы в различных отверстиях, непропорционально учащенное сердцебиение и дыхание при незначительной физической нагрузке, сильную пульсацию сонных артерий и небольшой отек лодыжек.

Однако часто нарушение сердечной деятельности зависит также от дегенеративных процессов в миокарде, от жировой дистрофии и последующего расширения полостей, причем эта дегенерация является следствием роста опухоли матки, особенно миомы матки, или результатом какого-либо конституционного нарушения, которое само зависит от поражения половых органов. В таких случаях признаки дегенерации сердца очень поразительны: ослабление сердечного толчка, заметная слабость тонов сердца, иногда

удвоение второго звука, скачущий ритм, в то время как перкуссия показывает наличие значительного расширения левого и еще чаще правого желудочка; во многих случаях также наблюдается стенокардия, пассивная гиперемия легких, слизистых оболочек и конечностей; и иногда наступает внезапная смерть.

Не менее важными являются психические воздействия, оказываемые заболеваниями половых органов, при которых предполагается или фактически выполняется операция, а также длительными заболеваниями репродуктивных органов и нарушениями, которые эти заболевания вызывают в репродуктивных функциях, особенно в отношении совокупления и фактического процесса размножения. Таким образом, могут быть вызваны сердечные неврозы различного рода.

Наконец, в поле моего зрения попали случаи, когда проблемы с сердцем не были прямым результатом заболевания половых органов, а были следствием терапевтических мер, применяемых для облегчения последних; и в этой связи я должен считать особенно заслуживающей порицания, в дополнение к внутриматочным манипуляциям, таким как зондирование и прижигание, современную практику гинекологического массажа.

Однако не все заболевания женского репродуктивного аппарата имеют тенденцию аналогичным образом и с одинаковой частотой вызывать последовательные нарушения сердечной деятельности. Согласно моим собственным наблюдениям, заболевания вульвы и влагалища, катаральное воспаление, кольпит (вагинит), бели и выпадение влагалища (цистоцеле и ректоцеле), являются теми, которые наиболее редко вызывают кардиопатию; если, конечно, только что перечисленные заболевания не привели к возникновению вагинизма, поскольку при этом последнем заболевании нередко возникают проблемы с сердцем. Чаще, чем заболевания вульвы и влагалища, проблемы с сердцем вызываются воспалением слизистой оболочки матки, например, хроническим эндометритом, эрозией и “изъязвлением” шейки матки (хронический катар шейки матки); они также иногда возникают в связи с периферическими и параметрическими выделениями. Чаще всего и наиболее серьезные нарушения сердечной деятельности вызываются смещениями матки, ее сгибаниями или разновидностями; структурными изменениями матки, сопровождающимися увеличением этого органа, такими как хронический метрит и рост миомы (особенно интрамуральной); выпадением, увеличением и опухолью яичника; внутрижелудочковыми выделениями, которые при обширности приводят к смещению или компрессии матки или ее прилегающих тканей. В случаях карциноматозных или других злокачественных новообразований, поражающих репродуктивные органы, я по сравнению с ними очень редко наблюдал возникновение рефлекторных нарушений сердечной деятельности.

Нарушения менструальной активности, аменорея, меноррагия и дисменорея, имеющие самые разнообразные причины, очень часто приводят к проблемам с сердцем, на чем мы уже настаивали. (См. стр. 142, и далее.)

Я наблюдал очень сильные формы сердечного невроза у женщин, страдающих хроническим заболеванием репродуктивных органов, которые консультировались у одного гинеколога за другим и подвергались множеству различных методов местного лечения; также у женщин, которые в течение длительного времени страдали каким-либо гинекологическим заболеванием, которое до сих пор считалось пустяковым, но которым, наконец, внезапно сообщили, что возникла необходимость в какой-то серьезной операции. В таких случаях проблемы с сердцем принимали пароксизмальную форму, интервалы обычно были значительными, продолжительностью в несколько недель или месяцев, и общая система, как правило, была серьезно вовлечена в приступы. Эти последние начинались с тяжелой

кардиалгии, иррадиирующей из области сердца наружу по межреберьям, вверх к плечу и вдоль левой руки, иногда действительно распространяясь на обе руки. В то же время сердцебиение значительно участилось, иногда достигая более 200 ударов в минуту, пульс был мягким, небольшим, его трудно было сосчитать, дыхание сильно участилось, иногда очень поверхностное, с дыхательным беспокойством и исключительно сильным общим возбуждением и ощущением надвигающейся смерти. В некоторых случаях я также наблюдал спазм различных групп мышц, головокружение (с ощущением, что объекты видения мерцают), афазию и умственный ступор. Пароксизмы длились некоторое время, как правило, два-три часа, и постепенно проходили. Их характер был похож на сердечное расстройство, по-разному описываемое под названиями псевдостенокардии и стенокардийной истерии.

За подобными приступами следует чувство тяжелой общей депрессии и упадка сил, а также снижение массы тела. Они отличаются от истинной стенокардии отсутствием каких-либо признаков атеросклероза или дегенерации миокарда. Их можно рассматривать как сердечные расстройства двусторонней причинности, частично зависящие от заболевания половых органов, которое вызывает ряд местных афферентных раздражителей, и частично зависящие от психических воздействий, которые оказывают угнетающее, парализующее воздействие на сердечные нервы; возможно также, что спазматическое сокращение стенок коронарных артерий или самого миокарда индуцируется как рефлекторный эффект местного заболевания репродуктивных органов.

Что касается миомы матки как основной причины сердечной дегенерации, то недавно было проведено очень много наблюдений и экспериментов, и реальность этого явления больше не подлежит сомнению, даже если его значение подлежит различным интерпретациям, в то время как удовлетворительного объяснения пока не получено.

Л. Ландау пишет о нарушениях, вызванных в аппарате кровообращения ростом миомы в матке: “Образование варикозных вен, возникновение тромбоза и, наконец, начало дегенерации миокарда - очень распространенное явление. Если в результате возникнет последний из перечисленных процессов — а по-настоящему тревожно наблюдать частоту, с которой сердечные поражения ассоциируются с миомой матки, — то по порочному кругу маточные кровотечения становятся все более обильными вследствие усиления пассивной гиперемии, зависящей от уменьшения мощности сердечного насоса. Венозный застой в области нижней полой вены приводит к асциту, а иногда и к общему отеку; и даже в случаях, когда не наблюдается увеличения маточных кровотечений, пациентка может умереть вследствие вторичного заболевания сердца. * * * В подавляющем большинстве случаев миома и маточные кровотечения, возникающие в результате ее роста, являются основной причиной сердечной недостаточности. Естественно, что в случаях, которые попадают под наблюдение только при наличии заболеваний матки и сердца, трудно с уверенностью определить истинную причинно-следственную связь. Когда, однако, наблюдается ряд пациенток, страдающих миомой матки, у которых сначала было обнаружено, что сердце здоровое, а впоследствии оказалось пораженным; и когда, с другой стороны, мы видим пациенток, пораженных миомой матки, которым проведена операция, несмотря на наличие заболевания сердца, и у которых после успешной операции шумы в сердце исчезают, а также другие признаки заболевания сердца, когда дилатация больше не может быть обнаружена, когда частота пульса снижается до нормальной, в то время как ранее пульс был слабым и сжимаемым. увеличение напряжения и мощности - тогда невозможно усомниться в том, что заболевание сердца было вторичным и этиологически зависело от первичной миомы и маточных кровотечений”.

Леманн и П. Страссманн изучили материалы клиники Шарите в Берлине, чтобы пролить свет на связь между миомой матки и заболеваниями сердца, существование которой уже доказано недавними патологоанатомическими исследованиями, клиническим опытом результатов операций (смерть от шока) и, наконец, субъективными проблемами пациенток (сердцебиение, венозный застой, головокружение и обмороки). Обследовав 71 женщину, страдающую миомой матки, Леманн и Страссманн обнаружили у 29 (41%), что в сердечно-сосудистой системе имелись некоторые отклонения, причем такие отклонения были чрезвычайно разнообразными по характеру, например: гипертрофия или расширение сердца, нерегулярность сердечной деятельности, пассивная гиперемия, отек, альбуминурия, стенокардия и сердечная астма. Следующим пунктом было определение взаимосвязи между заболеванием сердца и развитием миомы матки. До сих пор предполагалось, что последнее является первичным заболеванием, и такое течение, безусловно, встречается чаще, особенно в случаях, когда кровотечение было обильным, с последующей анемией и жировой дистрофией сердца. В этих случаях через некоторое время после начала сильных кровотечений появляются проблемы с сердцем; такие проблемы, вне всякого сомнения, вторичны и они исчезают, как только кровотечение было остановлено. Однако у других пациенток мы получаем информацию о появлении сердечных заболеваний в анамнезе до того, как появились какие-либо симптомы, указывающие на рост миомы; следовательно, в этих случаях заболевание сердца развивалось независимо от заболевания матки и протекало параллельно последнему; возможно, действительно, приводя к венозному застою или быстрым изменениям кровяного давления, заболевание сердца могло способствовать росту начинающейся или полностью развившейся опухоли. У некоторых пациентов после оперативных вмешательств наблюдалось быстрое выздоровление от сердечных заболеваний (случаи простой анемии); однако во второй группе случаев на заболевание сердца операция не повлияла (случаи непоправимой анемии и случаи заболеваний сердца, не зависящих от миомы); и, наконец, оставалось значительное число пациентов, составляющих третью группу, у которых, несмотря на хирургическое удаление опухоли, заболевание сердца продолжало усугубляться (случаи прогрессирующего заболевания сердца, не зависящего от миомы, особенно случаи хронической сердечной недостаточности). атеросклероз).

Среди 120 женщин в возрасте от 17 до 48 лет, у которых я обнаружил самые разные функциональные нарушения или патологические изменения в половых органах, и у которых я провел специальное исследование относительно наличия или отсутствия сердечных заболеваний и тщательно обследовал сердце, я смог обнаружить наличие сердечных заболеваний в 38 случаях. Таким образом, было обнаружено, что проблемы с сердцем имеются у 32,7%. у женщин, страдающих заболеваниями репродуктивных органов.

У этих 38 человек, страдающих сердечными заболеваниями, я обнаружил:

Нервная тахикардия в 21 случае, то есть примерно в	55,2%. случаев.
Гипертрофия сердца в 4 случаях, то есть примерно в	10,4%. случаев.
Псевдостенокардия в 3 случаях, то есть примерно в	7,8%. случаев.
Сердечная астенция в 7 случаях, то есть примерно в	18,4%. случаев.
Митральная недостаточность в 1 случае, то есть примерно в	2,6%. случаев.
Ожирение сердца в 2 случаях, то есть примерно в	5,2%. случаев.

Что касается разновидностей функциональных и органических заболеваний половых органов, встреченных в 120 случаях, и количества случаев, осложненных заболеваниями сердца в каждой разновидности, я обнаружил:

Хронический метрит у 32 пациентов, осложнившийся сердечной недостаточностью в	13 случаях.
Хронический офорит у 10 пациентов, осложнившийся сердечной недостаточностью в	4 случаях.
Параметрическая экссудация у 14 пациентов, осложненная сердечной недостаточностью в	6 случаях.
Хронический эндометрит у 16 пациенток, осложнившийся сердечной недостаточностью в	2 случаях.
Сгибания и варианты матки у 26 пациенток, осложненные нарушением сердечной деятельности в	9 случаях.
Стеноз шейки матки у 6 пациенток, осложненный нарушением сердечной деятельности в	0 случаях.
Опухоли матки и ее оболочки у 8 пациенток, осложненные нарушением сердечной деятельности в	4 случаях.
Инфантильная матка у 3 пациенток, осложненная нарушением сердечной деятельности в	0 случаях.
Кольпит (вагинит) у 5 пациенток, осложнившийся сердечной недостаточностью в	0 случаях.

Из этих цифр мы получаем следующие процентные соотношения, показывающие частоту возникновения проблем с сердцем как осложнения соответствующих заболеваний половых органов:

При хроническом метрите нарушение сердечной деятельности было обнаружено в	40,6% случаев. в большинстве случаев.
При хроническом офорите нарушение сердечной деятельности было обнаружено в	40% случаев. в большинстве случаев.
При параметрических выделениях нарушение сердечной деятельности было обнаружено в	42,8% случаев. в большинстве случаев.
При хроническом эндометрите нарушение сердечной деятельности было обнаружено в	12,5% случаев. в большинстве случаев.
При вариантах и сгибаниях матки нарушение сердечной деятельности было обнаружено в	34,6%. в большинстве случаев.
При опухолях матки и ее оболочки нарушение сердечной деятельности было обнаружено в	50% случаев. в большинстве случаев.

Подводя итог моим наблюдениям относительно сердечных расстройств, вторичных по отношению к заболеваниям женских половых органов:

1. Пароксизмы тахикардии в случаях аменореи были предменструальными по ритму, пароксизмы возникали, то есть за несколько дней до положенного срока подавления кровотока.

2. В случаях дисменореи я наблюдал проблемы с сердцем с сильной одышкой и чувством тревоги, также в некоторых случаях симптомы сердечной астении; возможно, эти симптомы зависели от острой дилатации сердца. Проблемы с сердцем, связанные с обильной меноррагией, проявлялись сходными признаками.

3. Приступы псевдостенокардии возникали у женщин, которым длительное время проводилось местное лечение заболеваний половых органов, и в случаях, когда рассматривались оперативные мероприятия.

4. Пароксизмы тахикардии и сердечной недостаточности наблюдались в связи со смещениями матки, и особенно в случаях ретрофлексии; также в связи с офоритом и параметрическими выделениями.

5. Было обнаружено, что случаи дегенерации миокарда, иногда быстро заканчивающейся летальным исходом, являются следствием опухолей матки и прилегающих к ней тканей, особенно миомы матки.

Нервные заболевания, вторичные по отношению к заболеваниям половых органов.

В предыдущих главах этой работы мы часто упоминали о рефлекторном влиянии, оказываемом на нервную систему в целом, как нормальными функциями, так и патологическими состояниями женских половых органов. Теперь мы должны кратко объяснить более тесную связь между нервными заболеваниями и заболеваниями половых органов, причинную зависимость местных нервных расстройств и общих неврозов от заболеваний репродуктивных органов.

Возникновение местного нервного заболевания в результате первичного заболевания половых органов зависит от простого механического процесса, который *Виндшайд* объясняет следующим образом: “В этой связи двумя основными механическими факторами являются давление и вытяжение. Давление может затрагивать отдельные нервы или целое нервное сплетение и может быть вызвано опухолью, экссудатом или смещенным органом (*по Хегару*); другие причины давления обусловлены воспалительными узлами, гиперплазией соединительной ткани и, согласно *Фрейнду*, сократительными процессами в самих органах и в связках. Растяжение нервов возникает в результате смещений, например, при выпадении матки или яичников, и, согласно *Хегару*, в результате растяжения ножки небольших опухолей. Комбинация давления и вытяжения возникает особенно при поражениях брюшных отделов матки, а также при рубцевании шейки матки и сводов влагалища. Большое значение, также, в отношении возникновения местных нервных расстройств, должно быть придано обнажению нервных окончаний в результате катаральных и других воспалительных процессов. Аномальная подвижность половых органов как частичное проявление энтероптоза также должна быть упомянута как причина механической стимуляции нервов. Наконец, в этой связи необходимо учитывать парез стенок брюшной полости, который возникает после частых и тяжелых родов”.

Симптомы местных нервных расстройств, к которым могут привести эти механические раздражители, очень разнообразны, но, согласно *Хегару*, могут быть объединены под общим обозначением *симптомов увеличения поясницы (симптом Ленденмарк)*, поскольку локальная стимуляция внутрипозвоночных нервов влияет на нервные центры поясничного расширения спинного мозга. Среди симптомов выделяются сильные боли, непрерывные или перемежающиеся, в области таза и в крестцовой области, сопровождающиеся ощущением тяжести и давления в животе, или тянущей болью в области бедер, в ягодичной области, во внешней и задней частях бедер, во внутренней поверхности ноги, в икре, в тыльной

поверхности стопы, подошве стопы и пятке; или кокцидинией (боль над копчиком и нижней конечностью крестца), или гиперестезией. и анестезией наружных половых органов в области влагалищного отверстия или, наконец, нарушением процессов мочеиспускания и дефекации. В некоторых из этих случаев слабость нижних конечностей настолько сильна, что имитируется паралитическое состояние. Однако может возникнуть фактический паралич вследствие распространения воспаления брюшины на нервные сплетения малого таза, что приводит к возникновению неврита.

Развитие общего невроза вследствие заболевания половых органов, либо как осложнение, зависящее от нервной стимуляции, вызванной первичным заболеванием, либо как рефлекторное следствие этого заболевания, подразумевает, как *решительно утверждает* Виндшайд, существование до возникновения заболевания половых органов сниженной силы сопротивления со стороны нервной системы. Это невропатическое строение может быть результатом наследственности, и, согласно *Энгельгардту*, так было у 40%. из его случаев с женщинами, страдающими нервным заболеванием, вторичным по отношению к заболеванию половых органов; или оно может быть приобретенным. Учитывая эту слабость нервной системы, локальное нарушение работы половых органов может выступать в качестве конечной возбуждающей причины возникновения невроза одним из двух различных способов (*Виндшайд*). “1. Раздражение, которое получили нервы пораженного полового органа (или нервы какой-либо смежной области, пораженной прямым расширением), распространяется вверх от сегмента к сегменту спинного мозга и в конечном итоге достигает высших центров. 2. Или, с другой стороны, местные нервы не участвуют непосредственно в болезненном процессе в половых органах, но этот последний действует как источник рефлекторного нарушения, которое также должно проходить по нервным каналам. К этому последнему классу случаев относятся сравнительно частые случаи, в которых, например, незначительное загибание матки должно рассматриваться как возбуждающая причина невроза”. Самым распространенным неврозом из тех, которые могут быть вызваны местным заболеванием половых органов, несомненно, является истерия, следующими по частоте идут хорей и эпилептические припадки.

Шаута обращает внимание на важный факт, что наследственно предрасположенные неврастеничные индивидуумы очень плохо переносят повторные гинекологические осмотры и длительное местное лечение, поскольку у таких лиц может наблюдаться заметное усиление тяжести нервного поражения и даже вспышка настоящего психического расстройства; и далее он указывает, что у наследственно предрасположенных индивидуумов психозы нередко возникают вследствие выполнения гинекологических операций.

Процессы беременности оказывают глубокое влияние на всю нервную систему женщины, и особенно на ее психические функции. Это особенно заметно в случае первородящих. Этот факт легко понять, поскольку женщина полна ожидания и тревоги по поводу неизвестного события, полной революции в ее организации, мощных впечатлений от ее физического эго, формирования нового существа в ее утробе. Сколько радостных надежд, сколько мучительных страхов связано с тем, что вот-вот произойдет, с актом творения в ее груди; какие переменчивые проблески заглядывают в будущее, с одной стороны, радость, с другой - ужас материнства; часто также тревожные сомнения относительно вероятного пола новорожденного. Подумайте также о бурных ощущениях, испытываемых женщиной, которая, будучи незамужней, забеременела вопреки своим желаниям и ожиданиям, особенно женщиной, находящейся в бедственном положении, — подумайте о мучительных мыслях в таком случае относительно последствий рождения ребенка. Следует только ожидать, что у беременных женщин в целом почти всегда будет наблюдаться повышенная

раздражительность нервной системы в сочетании со склонностью к быстрой смене эмоциональных состояний. *Нойманн* обнаружил, что почти у всех беременных женщин, которых он обследовал в связи с этим, наблюдалось усиление подергиваний в коленях, как проявление общего повышения нервной возбудимости. Это изменение не зависит исключительно от психических воздействий; существуют и другие факторы, такие как рефлекторные процессы, вызываемые увеличением матки, а также изменения в составе крови, которые происходят во время беременности и не могут не оказывать влияния на питание мозга. Наконец, также отложение карбоната извести на внутренних поверхностях костей черепа (теменной и лобной костей), которое происходит во время беременности, можно рассматривать как имеющее некоторую случайную связь с изменениями в нервной системе; и, опять же, многие авторы предполагают, что на мозговое кровообращение влияет формирование плацентарного кровообращения.

Патологические последствия беременности, поскольку они влияют на нервную систему, принимают форму невралгии и периферического неврита различных нервов, хореи, нарушений функций органов чувств и настоящих психозов.

Периферический неврит у беременных поражает главным образом нижние конечности, но наблюдается и в руках; он характеризуется истощением мышц с реакцией дегенерации, трофическими нарушениями и расстройствами чувствительности. Излечение может наступить даже во время беременности, но в других случаях болезнь сохраняется до окончания родов и далее в послеродовом периоде. К той же причине *Виндшайд* относит парестезии беременности, ощущения жжения, покалывания и онемения в кончиках пальцев рук, реже в кончиках пальцев ног; эти ощущения непрерывны, не приступообразны и причиняют очень сильные страдания.

Беременность способствует возникновению хореи, что объясняется повышенной раздражительностью определенных нервных центров, характерной для беременной женщины. Хорея беременности возникает по большей части у первородящих, она чаще встречается у молодых беременных женщин, чем у пожилых, и появляется особенно в первые месяцы беременности. В большинстве случаев заболевание самопроизвольно излечивается до окончания беременности, но наблюдались случаи с летальным исходом.

С другой стороны, лечебное воздействие при ранее существовавшей истерии было приписано беременности. На самом деле это происходит только в тех случаях, когда истерические проявления были вызваны влияниями, которые нейтрализуются или устраняются наступлением беременности, такими, например, как сильное желание выносить ребенка, неудовлетворенность существующими обстоятельствами супружеской жизни и т.д. И наоборот, нет ничего необычного в том, что у пациенток, которые ранее страдали истерией, приступы учащаются во время беременности и что другие нервные расстройства, связанные с истерией, становятся более выраженными; может даже появиться истерический паралич. Очень изменчиво также влияние беременности на эпилептиков. Действительно, чаще всего наступает определенное затишье, приступы становятся менее частыми и менее тяжелыми; но иногда наблюдается и обратное явление. В области органов чувств мы наблюдаем амблиопию и гемианопсию, глухоту и шум в ушах, а также расстройства вкуса; все это проявляется как чисто нервные расстройства без известной анатомической основы (*Виндшайд*).

Наконец, среди неврозов можно упомянуть тетанию. У женщин это заболевание возникает почти исключительно во время беременности и в послеродовом периоде в форме приступообразного спазма, поражающего главным образом конечности, и особенно кисти;

спазм двусторонний, тонизирующий по характеру и болезненный. Тетания во время беременности обычно протекает благоприятно.

Более легкие формы психического расстройства состоят из извращений вкуса и обоняния. Из реальных психозов, возникающих во время беременности, наиболее распространенными формами являются меланхолия и мания. Первое состояние, которое, согласно *разрыву*, встречается у 84,4%. один из этих случаев, как правило, очень тяжелый и характеризуется своеобразным сонным состоянием; это часто приводит к самоубийству или детоубийству сразу после родов. Психозы беременности наблюдаются с большей частотой во второй половине беременности, они возникают особенно у первородящих, а также чаще встречаются у незамужних женщин. Прогноз в целом неблагоприятный; иногда, действительно, психическое расстройство прекращается вместе с беременностью, но в других случаях оно продолжается в послеродовом периоде. Психическое отчуждение, возникающее в первые месяцы беременности, как правило, менее выражено и позволяет иметь более благоприятный прогноз, чем то, которое проявляется в более поздние месяцы или в конце беременности.

В 32 случаях невменяемости беременности, зарегистрированных путем *разрыва*, 8 случаев произошли при первой беременности, 5 - при второй, 6 -при третьей, 3 -при четвертой, 4 -при пятой, 1 - при шестой, 1 -при седьмой, 3 -при восьмой, 1 -при десятой. Из этих женщин

3 заболели на 1-м месяце^[41] беременности.

4 заболела на 2-м месяце беременности.

1 заболела на третьем месяце беременности.

2 заболели на 4-м месяце беременности.

1 заболела на 5-м месяце беременности.

0 заболела на 6-м месяце беременности.

5 заболела на 7-м месяце беременности.

5 заболела на 8-м месяце беременности.

5 заболела на 9-м месяце беременности.

6 человек заболели на 10-м месяце беременности.

Невралгии во время беременности поражают самые разнообразные нервные пути и могут возникать либо спонтанно, без какой-либо видимой местной возбуждающей причины, либо вследствие давления, оказываемого увеличивающейся маткой. К первому классу случаев относятся тяжелая невралгия тройничного нерва, знакомая зубная боль, поражающая вполне здоровые зубы в самом начале беременности, межреберная невралгия и пароксизмы мастодинии. Невралгии давления поражают главным образом область большого седалищного нерва, проявляясь возникновением боли по задней поверхности бедра, в икре и на тыльной поверхности стопы, иногда связанной с деформацией и другими видами парестезии.

Роды, оказывая мощное воздействие на эмоциональную природу в сочетании с сильными физическими страданиями, могут привести к многочисленным нервным расстройствам. Главными из них являются невралгия, вызванная давлением головки плода, когда она проходит через таз матери, парестезии, судороги, маниакальные пароксизмы, временное психическое отчуждение, кровоизлияния в мозг и эклампсия.

Нервные расстройства, зависящие от процессов послеродового периода, многочисленны и серьезны. Согласно *Виндшайду*, в этот период могут возникнуть четыре типа поражения двигательных нервов. 1. Паралич давления может возникнуть в случаях общего сужения таза или даже при отсутствии такого сокращения в случаях длительных родов из-за давления, оказываемого головкой ребенка на тазовые нервы, и прежде всего на большой седалищный нерв; паралич давления может также возникнуть в результате акушерских операций, и особенно при наложении щипцов. Симптомы паралича давления состоят главным образом из паралича разгибателей стоп и пальцев ног; сенсорные симптомы обычно отсутствуют. 2. Воспалительные инфекционные параличи, обусловленные распространением на соседние нервы послеродового воспаления соединительной ткани малого таза. 3. Острый множественный неврит, возникающий либо во второй половине беременности, либо через несколько дней после родов и поражающий не только нервы нижних конечностей, но и нервы отдаленных областей, даже черепно-мозговые нервы. 4. Редкая послеродовая гемиплегия вследствие кровоизлияния в мозг, возникающая обычно в тот момент, когда пациентка встает с постели после родов; послеродовая гемиплегия также может возникнуть в результате эмболии, последовавшей за эндокардитом, который сам по себе мог возникнуть до прерывания беременности.

Другими послеродовыми заболеваниями нервной системы, требующими упоминания, являются, с одной стороны, тетания, возникающая во время лактации и дающая благоприятный прогноз, а с другой - инфекционный послеродовой столбняк, прогноз которого крайне неблагоприятен. Наконец, послеродовое состояние необходимо рассматривать как фактор, определяющий начало психозов.

Послеродовые психозы по большей части зависят от большой потери крови, происходящей во время родов, приводящей к анемии и повышенной раздражительности мозга, в сочетании также с нарушениями кровообращения, возникающими в центральных нервных органах вследствие внезапного опорожнения брюшной полости при акте родов; но дополнительные причины психических расстройств следует искать в изменениях состава крови, происходящих во время беременности, и влиянии этих изменений на питание мозга. Наследственная предрасположенность играет свою обычную роль в этих случаях; и дополнительные факторы, вызывающие психические расстройства в послеродовом периоде, можно обнаружить в послеродовой инфекции, эклампсии, остеомалации и эмоциональном шоке.

Так, например, среди 49 случаев послеродовых психозов *Хансен* обнаружил, что в 42 случаях имела место послеродовая инфекция; а среди 200 случаев послеродовой эклампсии *Ольсхаузен* обнаружил 11 пациентов, страдающих психическими расстройствами. Основными формами безумия, возникающими в послеродовом периоде, являются мания и меланхолия, следующими по частоте идут мономания (нем. *Verrücktheit*), слабоумие (нем. *Бледзинн*), чередующееся или циркулярное помешательство (*folie circulaire*), галлюцинаторная паранойя (хроническое бредовое помешательство с галлюцинациями) и истерическое психическое расстройство.

Согласно *Виндшайду*, самыми распространенными случаями являются чисто послеродовые, самыми редкими - те, при которых безумие беременности продолжается в послеродовом периоде; возраст, в котором чаще всего возникают послеродовые психозы, варьируется от 31 до 35 лет, средний возраст составляет 29,1 года; многоплодные чаще поражаются, чем первородящие; вспышка психического расстройства чаще всего возникает в течение недели после рождения ребенка; нет ничего особенного в различных формах послеродового безумия, которые идентичны соответствующим разновидностям, имеющим другую природу. этиология. Согласно этому автору, перед приступом послеродовой мании обычно возникают продромальные симптомы, такие как головная боль, головокружение (нем. *Augenflimmern*), чувство тревоги, бессонница, за которыми следуют различные застойные симптомы и либо сильное беспокойство, либо сильная апатия, и очень часто безразличие к младенцу; за этими симптомами следует период двигательной возбудимости, характеризующийся сильным телесным беспокойством и продолжающейся разговорчивостью; кульминация принимает форму маниакальной вспышки, при которой может даже произойти детоубийство; бред протекает в основном по эротическому и религиозному каналам. Послеродовая меланхолия также демонстрирует обычную клиническую картину этой формы психического расстройства; после продромальной головной боли наступает ступор, часто связанный с приступами тревоги и галлюцинациями чувств, и всегда характеризуется значительной потерей аппетита и склонностью к суициду.

Что касается послеродовых психозов, то, по-видимому, первая менструация после рождения ребенка, как и самое первое появление менструальных выделений во время менархе, имеет тенденцию способствовать возникновению психического расстройства. Согласно *Марсе*, эта первая послеродовая менструация имеет совершенно определенное значение в возникновении психозов. Среди сорока четырех случаев послеродовых психозов было одиннадцать случаев, когда психическое расстройство проявилось через шесть недель после родов, то есть именно в тот момент, когда, если бы матери не кормили грудью своих детей, менструации должны были бы возобновиться. У тех, кто не кормил грудью своих младенцев и у кого менструации возобновились в положенный срок, психоз обычно начинался в первый день менструации, реже на четвертый или пятый день. В некоторых случаях психоз проявлялся в то время, когда можно было ожидать наступления менструации, но когда ее течение все еще было приостановлено. А у некоторых женщин, которые некоторое время кормили своих детей грудью, а затем отняли их от груди, психоз проявился во время первого повторения менструации.

Среди заболеваний органов чувств, возникающих во время менопаузы, поражения глаз ни в коем случае не редкость как последствия патологических изменений в половых органах. Таким образом, в случаях смещений матки, особенно выпадения, ретрофлексии и ретроверсии, мы иногда наблюдаем гиперестезию сетчатки и рефлекторную амблиопию, светобоязнь и слезотечение, а также аккомодационную или мышечную астенопию. Воспаление соединительной ткани малого таза, периферический и параметрический экссудат, и особенно атрофический параметрит, могут приводить к функциональным нарушениям глаза, рефлекторной гиперемии тройничного и зрительного нервов, различным болезненным ощущениям и светобоязни. Тяжелая метроррагия также может вызывать нарушения зрения, либо вызывая местную анемию и последующую функциональную недостаточность нервного аппарата, либо приводя к серьезной инфильтрации зрительного нерва, которая проявляется также в сетчатке в виде транссудации. Как в случаях врожденной, так и приобретенной атрофии матки, и поэтому часто у бесплодных женщин, может возникнуть атрофия зрительного нерва.

Право на вступление в брак женщин, страдающих болезнью.

В этом разделе мы должны рассмотреть возможность вступления в брак женщин, страдающих заболеваниями сердца, тех, кто страдает наследственной склонностью к психическим расстройствам и неврастеническим состояниям, и, наконец, тех, кто болен туберкулезом.

Каждый врач в ходе своей профессиональной деятельности сталкивается с проблемой, оправдано ли молодой женщине, о которой известно, что она страдает сердечным заболеванием, вступать в брак и подвергать себя опасностям, связанным с ее больным сердцем в результате совокупления, беременности, родов и послеродового периода. Решение этой проблемы столь же важно, сколь и сложно. С одной стороны, это определяет весь дальнейший ход жизни человека, который все еще поднимается по восходящей траектории своей жизненной карьеры, и отрицательное решение часто в одно мгновение перечеркивает идеалы и надежды молодой женщины; с другой стороны, положительное решение влечет за собой ответственность за последствия брака, часто серьезные в этих случаях.

Последствия на самом деле могут быть действительно очень серьезными. Нормальный половой акт у молодой и чувствительной женщины уже оказывает возбуждающее воздействие на нервный аппарат, с помощью которого контролируются движения сердца. Частота работы сердца значительно увеличивается, сердечный импульс становится намного сильнее, отмечается пульсация периферических артерий, конъюнктивы инъецируется, дыхание учащается. Эти проявления, которые обычно довольно преходящи, достигают большей интенсивности и проявляются большей продолжительностью у лиц, страдающих сердечными заболеваниями. В некоторых случаях возникают сильные пароксизмы тахикардии со значительной одышкой, болями в области сердца, головной болью и даже синкопальными приступами.

Беременность вследствие обширных изменений, претерпеваемых не только репродуктивным аппаратом, но и общей системой, а также вследствие жизненных потребностей развивающегося эмбриона, предъявляет значительные требования к сердечной деятельности. Легко понять, что больное сердце должно подвергаться более серьезной нагрузке, чем здоровое сердце, из-за расширения существующих сосудистых зон, добавления новых сосудистых зон и увеличения количества крови во время беременности; и неудивительно, что перегруженный орган иногда угрожает сломаться под нагрузкой. Таким образом, во время беременности у женщин, пораженных болезнью сердца, мы наблюдаем многочисленные проблемы в виде нарушений сердечной деятельности и пассивной гиперемии различных органов, кульминацией которых иногда является аборт.

Кроме того, роды и послеродовой период приводят к возникновению нескольких факторов, которые, как правило, неблагоприятно влияют даже на вполне нормальное сердце; а в случаях, когда имеется заболевание сердца или магистральных сосудов, эти факторы могут привести к появлению наиболее тревожных симптомов. В этой связи мы можем сослаться на эндокардит, жировую дистрофию миокарда и разрыв атероматозных артерий.

Со времен *Галена* и далее все авторы-медики соглашались с тем, что беременность и ее последствия неблагоприятно влияют на сердце, но из этого неоспоримого положения делать общий вывод о том, что молодым женщинам, страдающим сердечными заболеваниями, должно быть запрещено вступать в брак, на мой взгляд, слишком большой скачок и в целом слишком огульное заявление. Апофегма *Питерса*, автора, которому мы, безусловно,

обязаны некоторыми нашими знаниями о *сердечно-сосудистых происшествиях*, о том, что в случае женщин, страдающих сердечной недостаточностью, должно соблюдаться правило, *fille pas de mariage, femme pas de grossesse, mère pas d'allaitement*, отличается аподиктической краткостью, но совершенно лишена обоснования. Авторы последних лет, посвященные болезням сердца, такие как *Хучард, фон Лейден и Розенбах*, не выдвигают такого жесткого запрета; по крайней мере, без оговорок.

На вопрос о допустимости заключения брака с девушками и женщинами, страдающими заболеваниями сердца, фактически нельзя ответить с помощью какого-либо общего утверждения; и каждый случай требует отдельного исследования и тщательного учета индивидуальных соображений. Мне известны случаи, когда замужество молодых девушек, страдающих сердечной недостаточностью, было равносильно смертному приговору, приведение которого в исполнение откладывалось всего на несколько месяцев. С другой стороны, я знал многих женщин, принадлежащих к высшим классам общества и страдающих пороками сердца, которые пережили многочисленные беременности и родили множество детей с незначительными нарушениями компенсации. Я знаком с дамой, которой, когда она была молодой девушкой, два знаменитых врача настоятельно посоветовали не выходить замуж из-за обширной недостаточности клапанов аорты. Советом пренебрегли, и теперь эта леди - мать четверых детей, старшему из которых двадцать два года, и ее общее состояние ничуть не хуже, чем было до замужества. По моему мнению, опасности вступления в брак для женщин, страдающих сердечной недостаточностью, в целом переоцениваются.

Степень, в которой женщина, страдающая сердечным заболеванием, пострадает в результате супружеской жизни, будет зависеть от характера сердечного заболевания, от времени, когда оно уже существовало, от адекватности компенсации или интенсивности существующих нарушений компенсации, от общего состояния питания пациентки, от более или менее благоприятного социального положения и от способа регулирования полового акта.

Мое собственное мнение по этому вопросу можно резюмировать следующим образом: Женщина, у которой сравнительно недавно (в течение нескольких лет) развился клапанный дефект, и у которой заболевание протекает таким образом, что вследствие расширения определенных камер сердца и гипертрофии тех сегментов миокарда, на которые была брошена повышенная нагрузка, и, таким образом, вследствие адаптации сердечно-сосудистого аппарата к новым условиям, циркуляция и распределение крови происходят способом, очень напоминающим тот, при котором эти функции осуществляются у нормального, здорового человека. индивидууму — одним словом, женщине, у которой заболевание клапанов, по—видимому, адекватно компенсировано, — если, кроме того, пациентка хорошо питается, если гематопозитическая функция не претерпела каких-либо заметных нарушений, если мышечная система сильна, а нервная система обладает достаточной сопротивляемостью, - тогда брак может быть разрешен без колебаний. В случае такой девушки или женщины мы можем с уверенностью предположить, что адекватная компенсация порока клапанов позволит сердцу успешно удовлетворять требования, предъявляемые к его резервной энергии половым актом, беременностью и родами, и что эти процессы не будут сопряжены с какой-либо чрезмерной опасностью для жизни.

Женщина с пороком клапанов сердца, даже если это заболевание хорошо компенсировано, действительно, во время беременности, а тем более во время родов и в первые дни послеродового периода, будет подвержена различным проявлениям сердечных заболеваний. Работа ее сердца будет подвержена пароксизмальному увеличению частоты и

силы, иногда также могут возникать преходящие приступы сердечной астении; в то же время дыхание станет более частым и глубоким, а иногда даже может наблюдаться сильная одышка. Возможно, также могут проявляться симптомы венозного застоя, нарушения пищеварения, чувство давления в голове, отек ног, отек брюшной стенки, даже небольшая альбуминурия. Более того, сразу после родов может возникнуть аномально сильное угнетение кровообращения с редкостью сердечной деятельности. Однако в подавляющем большинстве случаев, когда выполняются описанные выше условия, нарушения компенсации, вызванные беременностью и послеродовым состоянием, не будут серьезно угрожать жизни; и как только послеродовой период благополучно пройдет, сердце снова будет компетентно выполнять свои обязанности и будет выполнять свою работу так же хорошо, как и раньше.

Эти утверждения применимы не только к случаям хорошо компенсированного заболевания клапанов, особенно митральной недостаточности, митрального стеноза и аортальной недостаточности, но также к случаям, когда сердце хорошо восстановилось после приступа перикардита, и к случаям умеренно распространенного заболевания миокарда, вызванного острым суставным ревматизмом или острыми инфекциями.

В качестве неперемennого условия для такого благоприятного прогноза мы, естественно, предполагаем, что беременная женщина в состоянии обеспечить чрезвычайный уход за телом, что в ее состоянии вдвойне необходимо, что она в состоянии избегать любых тяжелых физических нагрузок и что она будет находиться под постоянным медицинским наблюдением в отношении принятия подходящих диетических и гигиенических мер.

Такая благоприятная перспектива в отношении вступления в брак при хорошо компенсированном заболевании сердца, однако, будет омрачена в случае женщин, которые либо очень малокровны, либо предрасположены к нервным расстройствам; также неблагоприятен прогноз в отношении женщин, у которых заболевание сердца является либо врожденным, либо приобретенным в ранней молодости, или в отношении женщин, планирующих вступление в брак, когда они уже достаточно взрослые.

Ибо у женщин с очень сильной анемией, даже когда сердце вполне здоровое, часто повторяющиеся приступы тахикардии часто возникают во время беременности при отсутствии какой-либо очевидной возбуждающей причины; также распространены отеки нижних конечностей и образование обширных варикозных вен. Повышенная нервно-рефлекторная раздражительность также оказывает неблагоприятное влияние на сердечную иннервацию. Опять же, в случаях, когда заболевание сердца имеет длительный характер, функциональные возможности сердца настолько заметно снижены, что орган, вероятно, окажется неспособным удовлетворять возросшим требованиям, предъявляемым к нему процессами беременности. Наконец, у пожилых женщин, вдобавок к порокам клапанов, мы сталкиваемся с опасностями, зависящими от уже начинающихся артериосклеротических изменений в кровеносных сосудах. Следовательно, во всех таких случаях обязанностью врача будет посоветовать своей пациентке не вступать в брак; и в любом случае внушить ей крайнюю вероятность, почти несомненную, серьезного обострения сердечного заболевания в результате брака с необратимым ухудшением общего состояния здоровья.

В случаях заболевания клапанов, сопровождающегося серьезными нарушениями компенсации, и в случаях заметной дегенерации миокарда, при которой проявляются выраженные симптомы сердечной мышечной недостаточности, брак должен быть категорически запрещен, поскольку представляет прямую угрозу жизни. Когда даже умеренной физической нагрузки достаточно, чтобы вызвать сердцебиение, учащение

пульса и одышку, когда присутствует обширный отек нижних конечностей, который не исчезает даже после строгого приковывания пациента к постели, когда пульс очень быстро становится нерегулярным как по ритму, так и по силе, в то время как моча часто скудная и содержит различное количество альбумина, когда легко возникают состояния сердечной астении, характеризующиеся небольшим, нерегулярным пульсом, похолоданием конечностей, цианотическим оттенком, тошнотой, потребностью в дыхании,^[42] и синкопальные приступы — во всех таких случаях, независимо от того, зависят ли только что описанные симптомы от клапанных дефектов, патологических изменений в артериях или от заболеваний миокарда, в любом случае наступление беременности является настоящей катастрофой, которая в подавляющем большинстве случаев вызывает сильное и стойкое обострение заболевания и достаточно часто стоит пациентке жизни.

Даже в тех случаях, которые были описаны ранее, когда, поскольку заболевание сердца не было тяжелым, пациенту сказали, что брак разрешен, обязанностью врача является установление определенных жестких правил, касающихся сексуальной активности.

Женщинам, страдающим заболеваниями сердца, не следует часто вступать в половые сношения, потому что, если периферическая нервная стимуляция половых органов чрезмерна вследствие слишком частых актов коитуса, на сердечную деятельность, вероятно, будет оказываться сильное рефлекторное воздействие, приводящее к возникновению приступов сердечной астении. Опять же, половой акт всегда должен осуществляться таким образом, чтобы акт достиг своего физиологического завершения и чтобы у женщины, так же как и у мужчины, оргазм имел свой нормальный исход, то есть по завершении акта происходит опорожнение шейных желез женщины, сопровождающееся ощущением семяизвержения. *Прерывистый прием*, который именно в тех случаях, когда жена страдает сердечным заболеванием, так часто практикуется мужем с целью предотвращения зачатия, должен быть строго запрещен, поскольку этот способ полового акта имеет тенденцию вызывать различные формы рефлекторных нарушений сердечной деятельности, чаще всего пароксизмы, при которых сердечная деятельность становится чрезмерно частой, в сочетании со снижением сосудистого тонуса, вазомоторными нарушениями и состояниями психической депрессии; а там, где органическое заболевание сердца уже существует, эти рефлекторные функциональные нарушения сопряжены с различными опасностями.

Врач также имеет основания рекомендовать женщине с органическим заболеванием сердца не рожать более одного или двух детей. Этот совет тем более необходим, что с каждой последующей беременностью функциональные возможности больного сердца женщины уменьшаются в геометрической прогрессии, и в соответствующей степени возрастает опасность для жизни. Это случаи, в которых, по моему мнению, долг врача - заняться предметом — в целом столь двусмысленным — использования профилактических мер и, принимая во внимание сохранение жизни женщины, и не руководствуясь какой-либо ложной деликатностью, но с моральной серьезностью, проинформировать свою пациентку о необходимых профилактических мерах. Искусственное прерывание беременности, которое, несомненно, часто оправдано у женщин, страдающих заболеваниями сердца, но которое, к сожалению, может иметь очень неблагоприятные результаты, редко нуждается в обсуждении, если при надлежащем применении профилактических мер будет приниматься меры для того, чтобы беременность не повторялась слишком часто.

Чтобы мы могли ответить на вопрос, должен ли врач в случае неврастеничных и истеричных молодых женщин, а также лиц, наследственно предрасположенных к возникновению психических расстройств, рекомендовать вступление в брак или нет, внимание в первую

очередь должно быть направлено на установленные факты, относящиеся к благоприятному или неблагоприятному влиянию, в зависимости от обстоятельств, полового акта и его последствий (беременности и родов) на существующие нервные расстройства и на предрасположенность к их возникновению.

Не считая полностью обоснованным мнение о том, что у женского пола половое воздержание при любых обстоятельствах оказывает неблагоприятное влияние на нервную систему, или даже о том, что такое воздержание следует рассматривать как основную причину нервных и истерических расстройств, мы должны считать полностью доказанным, что при ряде наиболее распространенных разновидностей нервных заболеваний, возникающих у неврастенически предрасположенных субъектов, таких как неврастения, истерия и невроз тревоги^[43] отсутствие сексуального удовлетворения усугубляет эти проблемы, в то время как надлежащим образом отрегулированный половой акт оказывает активно благотворный эффект. Нельзя сказать, что это надежное средство, но, тем не менее, эффект часто бывает поразительным, как я часто имел возможность наблюдать, как у молодых женщин, впервые вступающих в брак, так и у молодых вдов, вступающих в повторный брак. Особенно это верно для женщин, у которых сексуальное влечение чрезвычайно сильно и даже патологически повышено до степени выраженной сексуальной гиперестезии; аналогично также и для женщин, чьи социальные обстоятельства и образ жизни вызывают повышенный сексуальный аппетит. Следует понимать, что я имею в виду здесь регулярные и умеренные половые сношения, а не сексуальные излишества, которые, вызывая нервное истощение, могут иметь явно пагубный эффект. Однако во многих случаях мы наблюдаем у женщин, страдающих сексуальной неврастенией, что половой акт, даже если он практикуется с длительными интервалами, приводит к нервной прострации с глубокой эмоциональной депрессией и длительным обострением существующего нервного расстройства. Это утверждение особенно верно для очень истеричных девочек-эпилептиков с наследственной предрасположенностью к психическим расстройствам.

Исходя из того факта, что среди лиц, наследственно предрасположенных к психическим расстройствам, неженатые в среднем чаще страдают безумием, чем состоящие в браке, был сделан вывод, что таким лицам может быть рекомендован брак как мера, способная противодействовать их наследственной склонности к безумию. Аргумент, однако, не имеет силы, особенно в отношении женщин; среди которых, более того, в возрасте от шестнадцати до тридцати лет безумие пропорционально более распространено среди состоящих в браке, хотя старше тридцати лет оно более распространено среди незамужних.

У подавляющего большинства женщин-неврастеников нормальный половой акт, практикуемый в умеренных количествах, не оказывает, согласно *Левенфельду*, вредного эффекта; действительно, часто в результате непривычного воздержания может наблюдаться обострение существующих нервных расстройств. Но, как утверждает этот автор, нервное истощение может привести к полному исчезновению оргазма во время полового акта или к большим трудностям в его достижении; этого обстоятельства по большей части достаточно, чтобы объяснить тот факт, что у женщин, страдающих сильным угнетением нервных функций, выполнение их сексуальных обязанностей иногда оказывает неблагоприятное влияние на их общее состояние. Что касается истерии, нельзя отрицать, что у многих истеричных женщин вступление в брак приводит к благоприятным изменениям в общем состоянии; мы должны, однако, быть осторожны, чтобы не переоценивать значение таких наблюдений. Как правило, все, что происходит на самом деле, - это уменьшение интенсивности или даже исчезновение определенных болезненных проявлений, присутствовавших ранее, без, однако, искоренения истерического темперамента.

У молодых женщин, страдающих эпилепсией, первый опыт полового акта может спровоцировать припадок. Действительно, зарегистрированы случаи, когда у девочек с наследственной предрасположенностью первый половой акт был возбуждающей причиной первого эпилептического припадка, причем припадки повторялись каждый раз, когда повторялся половой акт.

У девушек, психопатически предрасположенных к тяжелым психическим расстройствам, сравнительно часто они проявляются во время медового месяца, после первого опыта полового акта; когда это происходит, это, несомненно, объясняется совокупным влиянием на психику всех изменений в обстоятельствах жизни, которые произошли в результате брака. В случае с двумя недавно вышедшими замуж женщинами, у одной из которых была выраженная наследственная предрасположенность, в то время как у другой в семейном анамнезе не было известных психических расстройств, *Левенфельд* вскоре после вступления в брак наблюдал начало тяжелой меланхолии с отказом от пищи. Деликатный, нервный темперамент этих двух женщин, с одной стороны, и, с другой, возможно, несколько чересчур нетерпеливое и страстное отношение со стороны их мужей, привели к тому, что их первый опыт полового акта вызвал нервное впечатление о природе шока, которому их нервная система была слишком слаба, чтобы противостоять.

Часто повторяющаяся беременность и роды могут, по мнению *Кронига*, выступать в качестве предрасполагающей причины развития неврастения. В отношении истерии мы также должны признать, что начало какого-либо заболевания органов размножения часто приводит к тому, что ранее скрытая истерия проявляется открыто, и, кроме того, мы должны признать, что заболевания репродуктивной системы часто придают клинической картине истерии довольно характерную окраску; физиологическое течение функций органов размножения также способно вызывать оба этих эффекта. *Крониг*, однако, отвергает мнение, что отсутствие половых сношений оказывает неблагоприятное влияние на нервную систему женщин и приводит к истерическим и неврастеническим расстройствам. Благоприятное влияние, которое, как часто наблюдается, оказывает брак на течение нервных расстройств, можно объяснить с точки зрения психических соображений совсем иного характера. Сексуальные злоупотребления, мастурбация и использование профилактических мер приводят у женщин гораздо реже, чем у мужчин, к неврастеническим и истерическим состояниям.

Фере утверждает, что у некоторых пациентов с неврастением половой акт вызывает общее притупление чувств, и особенно слуха и зрения. Может наблюдаться даже собственно кратковременный амавроз; также кожные анестезии, паралитические состояния конечностей, принимающие форму гемиплегии или параплегии, судорожные приступы и пароксизмы сонливости.

Делазиов наблюдал, что пациенты с эпилепсией, у которых во время пребывания в психиатрической больнице почти не было припадков, после возвращения домой и возобновления половых сношений, даже в строго умеренных дозах, страдали от рецидива судорожных припадков; когда половые сношения были чрезмерными, рецидив, естественно, был еще более тяжелым.

В двух случаях у женщин, которые за одну ночь занимались половым актом с большим избытком, *Хэммонд* наблюдал паралич обеих ног; он также наблюдал во многих случаях раздражение позвоночника и другие нервные расстройства как следствие сексуальных излишеств.

Фон Краффт-Эбинг указывает, ссылаясь на профилактическое влияние брака в отношении психических расстройств, что у мужчин ранний брак снижает опасность возникновения такого расстройства, тогда как у женщин вступление в брак нежелательно до достижения полной физической зрелости.

Что касается вступления в брак лиц, страдающих нервными заболеваниями, Риббинг устанавливает правило, согласно которому, когда такие заболевания были тяжелыми и имели место у многих членов семьи, в то время как лишь немногие члены семьи остались здоровыми, когда, более того, болезнь обычно проявлялась впервые только после достижения зрелости, при этом в детстве или юности не было заметно признаков ее возникновения, — члену семьи, страдающей таким заболеванием, следует рекомендовать не вступать в брак. Однако, если наследственная склонность к заболеванию, вероятно, проявится в детстве или юности, члену такой семьи, которому посчастливилось пройти годы развития без каких-либо выраженных нарушений нервной системы, может быть разрешено вступить в брак при соблюдении определенных мер предосторожности. Женщине со склонностью к алкоголизму ни при каких обстоятельствах не следует разрешать выходить замуж. В тех случаях, к счастью редких, когда тяга к выпивке присутствует у женщин, брак еще более нежелателен, чем в случае с мужчинами, страдающими подобным недугом, поскольку пьяница-женщина находится в положении, в котором она может плохо обращаться со своими детьми и пренебрегать ими в течение всего дня; и, более того, эта привязанность, по-видимому, еще более неизлечима у женщин, чем у мужчин.

Левенфельд совершенно справедливо настаивает на том, что при принятии решения о целесообразности вступления в брак в случае неврастеничных и истеричных девушек ожидаемое влияние полового акта не должно быть единственным определяющим фактором. “Регулируемый половой акт, такой, который становится возможным благодаря браку, часто оказывает благоприятное влияние на ранее существовавшие состояния нервной слабости. Но мы зашли бы слишком далеко, если бы приписывали благотворное влияние супружеской жизни на такие условия исключительно половому акту. Это последнее является лишь одним фактором из нескольких, остальные не менее важны. К этим другим относятся: удовольствия от упорядоченной домашней деятельности; отвлечение внимания пациентки от ее собственного состояния, частично из-за домашних обязанностей и трудностей, а частично из-за новизны супружеского общения; удовлетворение, особенно сильное у женщин, от получения опоры в жизни; и, наконец, радостное ожидание материнства. Эти факторы, однако, присутствуют не в каждом браке. Когда их присутствие невозможно разумно предвидеть, когда из-за нехватки средств брак, вероятно, повлечет за собой увеличение неприятностей, или когда из-за несоответствия темперамента возможны раздражения и ссоры, мы должны бросить вес нашего совета на чашу весов против предполагаемого брака, поскольку преимущества регулируемого полового акта вряд ли перевесят только что описанные недостатки. Даже когда средств достаточно и характеры пары, собирающейся вступить в брак, несомненно гармоничны, мы тем не менее должны (во всяком случае, временно) советовать не вступать в брак, мы должны, то есть рекомендовать отложить бракосочетание, если невеста страдает от тяжелых истерических или неврастенических состояний. Далее, если подобные неврастенические или истерические расстройства возникают у женщины с выраженной наследственной предрасположенностью к нервным заболеваниям, мы должны, как ради возможного потомства, так и из-за неопределенного влияния супружеской жизни на здоровье пациентки, абсолютно и безоговорочно запретить брак. Также в случаях, когда существует тяжелая наследственная предрасположенность к психическому расстройству (особенно если она унаследована от обоих родителей), и вдобавок у пациентки действительно проявляются стигматы психопатической дегенерации,

или она уже страдала от развития психоза, мы должны решительно возражать против брака пациентки”.

Что касается вступления в брак молодых женщин, страдающих туберкулезом, мы должны принимать во внимание факт, который медицинский опыт убедительно установил, а именно, что процессы зачатия оказывают неблагоприятное влияние на чахотку легких. У девочек с наследственной предрасположенностью к туберкулезным заболеваниям иногда впервые проявляются симптомы туберкулеза легких во время менархе. В случаях развитого туберкулеза совокупление и связанное с ним возбуждение сосудистой системы оказывают более или менее неблагоприятное влияние — и тем более, что, в соответствии с высказыванием *omnis phthisicus salax*, женщины, пораженные туберкулезом, часто проявляют очень живое сексуальное влечение, почти ненасытный сексуальный аппетит. Более того, сексуальные эксцессы с большой вероятностью могут привести к возникновению геморроя.

В прежние времена считалось, что зачатие и беременность, происходящие у женщин, страдающих туберкулезом, оказывали сдерживающее влияние на развитие легочного заболевания, и эта точка зрения нашла выражение в утверждении *Бома* и *Розьер де ла Шассань*, что из двух женщин, пораженных туберкулезом одинаковой степени тяжести, та, которая забеременела, всегда переживет другую, которая не забеременела. Тщательные и достаточные наблюдения со стороны врачей и гинекологов, однако, показали, что эта точка зрения ошибочна и, напротив, что во время беременности туберкулез развивается более быстрыми темпами, что беременность и лежачий режим ускоряют летальный исход (*Гризоль, Леберт*), что туберкулез, приобретенный незадолго до беременности или в ходе этого состояния, прогрессирует с исключительной быстротой (*Ларше*), и что период лежачего режима особенно опасен для этих пациенток (*А. Ханау*). В некоторых случаях чахотки наиболее опасной является первая беременность, но в других случаях более поздняя беременность оказывается более разрушительной.

Подшучивание идет еще дальше, настаивая на том, что ни мужчина, ни женщина, страдающие легочной чахоткой, не должны вступать в брак. “Если, действительно,” пишет он, “больные чахоткой желают вступить в брак просто с целью быть верными друг другу и помогать друг другу в течение того короткого времени, которое им остается, я не стал бы возражать. Но должно быть полное взаимное понимание фактов дела и неизменная решимость со стороны обоих выполнить решения, принятые до вступления в брак, поскольку в противном случае последствия будут самыми катастрофическими. Однако в большинстве случаев следует предпочесть курс, принятый ”Паломниками по Рейну” Бульвера: влюбленные довольствуются положением помолвленной пары и в этом состоянии ожидают приближения смерти — или, если им исключительно повезет, вступают в брак только после восстановления здоровья”.

Несомненно, представляется, что в случае девушек, страдающих выраженным чахоткой, мы вправе рекомендовать не вступать в брак из-за большой опасности быстрого прогрессирования легочного заболевания, которую влечет за собой это состояние.

Основываясь на наблюдениях *Шауты* и *Фелльнера*, последний автор выдвигает правило, согласно которому в случае болезни женщины брак должен быть запрещен только в том случае, если смертность от данного заболевания составляет не менее 10 процентов. В эту категорию мы должны включить только тяжелые случаи туберкулеза легких; в то время как случаи туберкулеза гортани, согласно этому правилу, будут абсолютно непригодны для брака. Среди заболеваний сердца, противопоказанных к вступлению в брак, он включает

митральный стеноз, другие клапанные поражения, при которых наблюдается серьезное нарушение компенсации, и миокардит; он считает брак недопустимым также в случаях хронического нефрита, а среди хирургических поражений - в случаях злокачественной опухоли. В случаях, когда во время предыдущей беременности пациентка страдала одним из следующих заболеваний, а именно тяжелой хореей, психическими расстройствами, тяжелой эпилепсией, туберкулезом легких, который сильно прогрессировал во время беременности, сердечным заболеванием со значительным нарушением компенсации, тяжелыми заболеваниями сердца из—за болезни Грейвса - во всех таких случаях следует избегать повторения беременности.

Гигиена во время менопаузы.

В сексуальную эпоху менакме главной гигиенической потребностью женщины является брак, полностью удовлетворяющий как тело, так и разум. Нельзя отрицать, что достаточное сексуальное удовлетворение, регулярное, конечно, и без всяких излишеств, такое, какое обычно испытывается в супружеской жизни, очень полезно для здоровья женщины, достигшей половой зрелости, — даже если мы признаем, что недостатки сексуального воздержания, рассматриваемого как причина заболеваний женских половых органов и нервной системы, как правило, сильно преувеличивались.

Невозможность вступить в брак всегда производит глубокое впечатление на психическую жизнь женщины, а во многих случаях также порождает жгучее желание и мучительное томление эротического характера. Незамужние упускают истинную цель жизни и не могут наслаждаться естественным проявлением своих функциональных способностей; как у культурной леди, так и у бедной работающей женщины, которой не удалось выйти замуж, мысли и чувства снова и снова возвращаются к ее собственному состоянию в самоистязательной манере.

Физические и умственные недостатки, связанные с сексуальным удовлетворением, получаемым незамужней женщиной, которая, согласно современной фразеологии, “желает получить свою естественную долю радостей любви” и которая рассматривает добровольное целомудрие как “жертву бессмысленным предрассудкам”, не нуждаются в более подробном описании.

Более того, свободная любовь является наиболее важным распространителем гонорейной инфекции. “В любом будущем государстве, - говорит *Рунге*, - в котором брак будет отменен в пользу всеобщей практики свободной любви, человеческая раса будет поражена гонококками таким образом, который сейчас едва ли можно себе представить, и репродуктивная способность у обоих полов будет снижена в результате гонореи в очень серьезной степени”.

Также довольно часто свободная любовь приводит к проституции, которая в наши дни так широко распространена. Были предложены различные причины, объясняющие рост проституции. Среди них: рост современной промышленности с последующим скоплением населения в крупных городах; снижение уровня брачности; отсрочка вступления в брак; всеобщая военная служба; более свободные взаимоотношения полов; и многие другие. Во всяком случае, по-видимому, установлен тот факт, что в случае женщины определяющей причиной проституции является голод, а не сексуальное влечение. Официальная статистика показывает, что самые низкооплачиваемые категории работающих женщин пополняют ряды проституток наибольшим числом новобранцев; и именно в периоды нехватки рабочих мест

число женщин, занимающихся эпизодической проституцией, увеличивается. Таким образом, материальная нужда является наиболее важной из причин проституции.

Это остается верным, даже несмотря на то, что доктрина *Ломброзо* и *Тарновски* должна найти более полное обоснование, доктрина о том, что занятие проституцией женщинами является естественным выражением врожденной болезненной предрасположенности, “которая побуждает их, вопреки их прямой выгоде, разуму и всем контрсоветам, вести этот проклятый образ жизни”. Проституцию, с этой точки зрения, следует рассматривать как неизбежный результат врожденного морального помешательства. Это, безусловно, верно в отношении небольшой доли проституток, но столь же определенно неверно в отношении подавляющего большинства, для которых определяющей причиной являются неблагоприятные, трудные условия жизни. Действительно, можно предположить, что в этих случаях также существует определенная унаследованная или приобретенная психическая предрасположенность — неустойчивое моральное равновесие, недостаточное развитие силы воли и способности к сопротивлению.

Гигиенические требования супружеской жизни для женщины во время менопаузы, несомненно, иногда трудно выполнимы в наши дни, когда более сложный и дорогостоящий уровень жизни увеличил трудности содержания семьи; но с медицинской точки зрения необходимо настойчиво настаивать на этом категорическом императиве, в противовес точке зрения, выдвинутой современной партией за права женщин, что “любовь нравственна и в отсутствие законного брака” (*Эллен Ки*); в противовес еще более крайнему мнению *Жорж Санд* и *Алмквиста*, которые, невзирая на последствия, объявляют брак аморальным; и, наконец, в противовес сторонникам “свободной любви”, которые хотят, чтобы женщина была такой же свободной, как мужчина, в сексуальных отношениях.

Как бы мы ни желали, чтобы муж и жена были в полной гармонии в браке и чтобы они чувствовали себя одинаково прочно соединенными взаимной любовью и взаимным чувством долга, тем не менее мы должны считать неоправданным требование современной девушки, созревшей для брака, перед вступлением в брак “совершенной любви, олицетворяющей внутреннее стремление двух существ стать одним целым”; и мы должны считать экстравагантной женщину последних дней, настаивающую на том, чтобы мужчина вступал в брак в таком же девственном состоянии, как у его предполагаемой жены. “Совершенная любовь” так же редка и ее так же мало следует ожидать, как и совершенной красоты; а сексуальная жизнь мужчины полностью отличается по природе и ходу своего развития от сексуальной активности женщины.

Несомненно, они исходят из глубины женской души, требования, высказанные автором книги “Вера” и ее многочисленными подражателями, апостолами “вераизма”, — требования девушки, вступающей в брак, чтобы ее муж был таким же целомудренным и сексуально незапятнанным, как и она сама. Какими бы трудноосуществимыми они ни были, если их выполнение вообще возможно, эти требования, тем не менее, следует рассматривать как характеристику сексуальной жизни современной женщины. “Значит, сексуальная честь мужчины, - восклицает *Вера*, - совершенно отличается от женской? Не является ли предполагаемая необходимость сексуального удовлетворения в молодости либо хорошо организованным мошенничеством, либо огромной ошибкой со стороны врачей? Возможно ли, что целомудрие может повлечь за собой болезни, столь же ужасные, столь же разрушительные для жизни и счастья, как те, которые являются результатом нецеломудрия? И разве это не вопиющий грех, даже если некоторые из этих страхов оправданны, - губить как умственно, так и физически всю женскую расу? * * * Мужчина требует от девушки по своему выбору не только целомудрия, но и абсолютно незапятнанного характера. И это

правильно. Но жена должна делить своего мужа с уличными гуляками? Она должна переносить муки материнства, укрепляясь ужасным сознанием того, что отец ее детей растратил свою юношескую мужественность в купленных объятиях, что он не отшатнулся от нечистоты, что он подвергал себя риску заражения самыми ужасными болезнями, что он растратил свою девственность в самой звериной чувственности? * * * Нам, девушкам, также должно быть предоставлено право требовать от выбранного нами мужчины такой же чистоты, такой же незапятнанности чувственностью, чего он так строго требует от нас самих! Мы больше не должны довольствоваться тем, что оставили нам другие! Мы больше не должны довольствоваться моральной неполноценностью человека! Тогда будет больше счастья, больше любви, больше здоровья и радости жизни!"

От этих обвинений и требований, столь смело выдвинутых, нельзя отделаться простой насмешкой. С глубоким прискорбием мы должны признать абсолютную правдивость обвинения в том, что слишком много мужчин выбираются из пучины разврата к разрушенному браку. Но требование равных моральных прав, отказа от преобладавших до сих пор бисексуальных этических стандартов находится в тщетном конфликте с действительностью, с защитными инстинктами молодых людей, с трудностями, связанными с борьбой за существование, с растущими претензиями (на сексуальную свободу) самих женщин; но прежде всего это противоречит тысячелетним представлениям о сексуальной чести у мужчин и женщин соответственно и с неоспоримым фактом, что зрелый мужчина способен подняться над низменным опьянением чувств, характерным для юности, достичь совершенства. самая благородная и сокровенная супружеская любовь, тогда как девушка, однажды опустившаяся в такую пропасть, тонет в ней и уже не имеет возможности спастись. Таким образом, ранний брак с равной чистотой мужа и жены остается постулатом, от которого вряд ли можно ожидать удовлетворения в настоящем, и выполнение которого следует оставить на будущее.

Вследствие современных трудов и дискуссий, касающихся эротической проблемы, у женщин возникла повышенная чувствительность к условиям, в которых они проводят свою супружескую жизнь, что заставляет их требовать большей независимости, большего расширения своей индивидуальности; однако этой тенденции следует сопротивляться, если мы хотим, чтобы брак был счастливым, с взаимным комфортом и взаимным вниманием, подходящим не для исключительных существ в идеальном состоянии, а для мужчин и женщин такими, какие они есть на самом деле. В таком браке привязанность и чувство долга укрепят любовь и сохранят верность. Благоразумная, умная женщина всегда поймет, как, несмотря на всю необходимую самоотдачу, сохранить свободу своей индивидуальности и уважение своего мужа.

Браки, основанные на истинных склонностях, обычно приводят к рождению более сильных и красивых детей, чем браки, в которых денежные мешки были единственной или главной определяющей причиной. В Англии, где люди обычно вступают в брак еще совсем молодыми, красивые и здоровые дети появляются чаще, чем во Франции, где браки по расчету составляют подавляющее большинство. Согласно *Бертильону*, из 1000 молодых людей в возрасте от 20 до 25 лет в Англии женятся 120, но во Франции женится менее половины этого числа, а именно только 57. И 100 жен в возрасте от 15 до 40 лет рожают ежегодно, в Англии - 39 детей, во Франции - только 26, что на треть меньше.

При принятии решения о вступлении в брак наследственные факторы заслуживают тщательного рассмотрения как в отношении семьи будущего мужа, так и в отношении семьи будущей жены. Ибо хорошо известно, что закон наследования относится не только к особенностям внешнего облика, к чертам лица, росту, оттенку кожи, но также и к тому, что

дети наследуют от своих родителей способ физического развития, функциональную активность своих органов, продолжительность своей жизни, свою предрасположенность к болезням и даже свои интеллектуальные и моральные качества. Что касается наследственной предрасположенности к болезням, то наиболее важными, как хорошо известно, являются предрасположенность к туберкулезу, предрасположенность к злокачественным опухолям и предрасположенность к психическим расстройствам.

Большая разница в возрасте потенциальных мужа и жены влечет за собой различные виды непригодности для брака. Пожилой мужчина, который женится на молодой девушке, даже если он все еще обладает определенной долей мужественности, вряд ли произведет на свет здоровых и сильных детей; и эти последние по большей части будут слабыми, золотушно-кахектическими, наделенными недостаточной силой сопротивления и часто плохо оснащенными с интеллектуальной точки зрения. Аналогичные соображения имеют преимущественную силу в отношении браков, в которых муж был исчерпан раньше, половые излишества, так что он сохраняет не более чем остатки мужества, в то время как его сперма сомнительных оплодотворяющей силы. *Д. Ричард* рассказывает, что Людовик XIV попросил своего врача, почему он был, что детей у него (царя) была его жена были тонкие и деформированные, в то время как те, у него были его любовницами были красивые и мощные. "Sire," was the answer, "c'est parce que vous ne donnez à la reine que les rincures."

Платон утверждает, что перед каждым браком мужчина и женщина должны оба проходить официальное обследование, чтобы определить их пригодность или непригодность для супружеского состояния, причем мужчина должен быть абсолютно обнажен, а женщина раздета до пояса для проведения обследования. Этот автор заходит так далеко, что рассматривает это как "форму убийства со стороны мужчины - обнимать женщину, когда он не в состоянии ее оплодотворить". Как редко, однако, случается в наши дни, когда врача, чиновника, обладающего необходимыми знаниями для выполнения *Plato's*, которые предъявлял Платон, спрашивают о его мнении относительно желательности предполагаемого брака! Единственный случай, когда это может произойти, - это когда мужчина, намеревающийся жениться, желает быть уверенным в том, что он полностью излечился от ранее перенесенного сифилиса и, следовательно, не подвергается риску передачи болезни своей жене или возможному потомству. Но родителям девушки, собирающейся выйти замуж, никогда не приходит в голову спросить врача, подходит ли она физически для брака.

Однако при принятии решения о вступлении в брак прежде всего следует позаботиться о том, чтобы определить, достигла ли девушка полного физического и особенно полового развития. Возраст, в котором женщина достигает полной половой зрелости, в нашем климате и расовой принадлежности в среднем совпадает с двадцатым годом жизни.

Для гигиены брака необходимо, чтобы невеста не была слишком юной. Несмотря на тот факт, что правовые кодексы цивилизованных стран нигде не требуют от девушек достижения возраста, превышающего пятнадцать лет для разрешения вступления в брак, этот предел, вообще говоря, установлен слишком низким. Прежде чем стать женой, девушка должна не только достичь полного физического развития, когда ее репродуктивные органы находятся в состоянии зрелости, но она также должна быть развита интеллектуально до такой степени, чтобы быть полностью способной понимать природу и значение брака. В возрасте, в котором вступление в брак разрешено законом, девушка все еще далека от достижения физической и умственной зрелости для вступления в брак, продолжения рода и материнства.

Особенно в связи с последним соображением нецелесообразно, чтобы в нашем климате девушка выходила замуж раньше, чем в возрасте от 18 до 20 лет, и предпочтительно даже, чтобы она сначала достигла возраста от 20 до 22 лет. В этом случае ее материнское счастье будет более обеспеченным, и у нее будет больше шансов произвести на свет здоровое потомство. На Востоке, действительно, преобладают совершенно иные взгляды. Согласно законам *Мануса*, девушка могла выйти замуж по достижении восьмилетнего возраста; если в течение трех последующих лет ее отец не сможет найти ей мужа, она могла выбрать его сама. Среди индусов считается позором для родителей, если девушка не выходит замуж совсем молодой, действительно до первого появления менструации. *Атри* и *Касыпа* утверждают, что если у девушки начинаются месячные до того, как она покинет дом своего отца, последний должен быть наказан, как если бы он уничтожил плод, в то время как сама дочь теряет касту. Брак, отложенный до наступления менструации, считается греховным, девочек выдают замуж еще детьми, чтобы предотвратить потерю зрелых яйцеклеток, что считается равносильным детоубийству. Таким образом, очень ранние браки в Индии были юридически закреплены на протяжении тысячелетий. Индусы, которые даже сейчас рассматривают каждую менструацию, которой не предшествовал коитус, в свете детоубийства, выдают своих дочерей замуж до достижения ими половой зрелости.

Согласно восточной традиции, Магомет женился на Хадидже, когда ей было пять лет, и сожительствовал с ней три года спустя. В Библии зафиксировано множество подобных примеров. Среди многих диких племен, как, например, среди некоторых аборигенов Индии и среди коренных жителей Австралии, совокупление обычно совершается до того, как девочки достигают половой зрелости; действительно, в Индии, согласно *Плоссу* и *Бартельсу* (Дас Вайб в "Природе и велькеркунде"), браки с незрелыми девочками широко распространены, и в Австралии ребенок десяти или одиннадцати лет часто оказывается женой пятидесятилетнего мужчины или наложницей моряка. В целом, согласно этим авторам, мы находим, что возраст вступления в половую жизнь у девочек ниже пропорционально низкому уровню цивилизации, достигнутому расой или народом, к которому они принадлежат. У древних римлян девочек обычно выдавали замуж в возрасте от тринадцати до шестнадцати лет.

В Талмуде *раввин Джошуа* дает следующий совет относительно ранних браков еврейских девочек: "Если ваша дочь достигла половой зрелости и ей двенадцать лет и шесть месяцев, она должна выйти замуж любой ценой. Если нет других средств, освободи одну из своих рабынь и отдай ее в жены вольноотпущеннику".

Однако опыт доказывает, что в нашем климате, во всяком случае, девушки, выходящие замуж в очень раннем возрасте, уступают в фертильности тем, кто воздерживается от вступления в брак до полной зрелости половых органов; и статистика показывает, что те женщины, которые выходят замуж до достижения двадцатилетнего возраста, должны дольше ждать своей первой беременности, чем те, кто выходит замуж в возрасте от двадцати до двадцати четырех лет. Кроме того, в более старшем возрасте женщины легче переносят роды и их последствия, чем те, кто выходит замуж очень молодыми. Влияние на брак, аналогичное влиянию, возникающему в результате чрезмерной молодости, оказывает его противоположность - брак, когда женщина уже немолода; в этом случае фертильность ограничена, и здоровье также особенно подвержено страданиям. При явных признаках климактерического периода брак противопоказан не только из-за невозможности оплодотворения, но и в связи с его общей непригодностью на завершающей стадии половой жизни.

При принятии решения о целесообразности вступления в брак важен не только абсолютный возраст женщины, но и относительный возраст предполагаемых мужа и жены, во-первых, с точки зрения возможной фертильности жены, а во-вторых, с точки зрения ее общего состояния здоровья. Наиболее подходящим является такой порядок, при котором нет заметной разницы в возрасте. Муж может быть, и действительно, при существующих социальных обстоятельствах почти обязательно является, несколько старше своей жены, возможно, на целых восемь или десять лет. Но очень большая разница в возрасте (в любом направлении) является серьезной ошибкой. Если совсем юная девушка выходит замуж за пожилого мужчину или развитая матрона выходит замуж за молодого человека, истинная цель брака оказывается невыполненной, нарушаются вечные законы природы и все этические принципы. В разведении животных долгое время преобладал фундаментальный принцип, согласно которому животные, выбранные для спаривания, должны хорошо подходить друг другу и находиться в идеальной физической форме; и заводчики также знакомы как с благоприятным влиянием хорошего питания, так и с преимуществом своевременного скрещивания различных разновидностей. Те же принципы в равной степени применимы и к человеческой расе, хотя ими обычно пренебрегают на практике.

Что касается вступления в брак близких родственников, мы можем только заметить, что брак близких родственников по крови следует, по возможности, избегать, и что такой брак должна быть абсолютно запрещена, когда в обеих семьях есть история туберкулеза, психических расстройств, диабета и тому подобное. Когда двоюродные братья рассматривают возможность вступления в брак, необходимо не только, чтобы оба человека были совершенно здоровы, но также, чтобы ни у одной из сторон не было какой-либо серьезной семейной истории трансмиссивных заболеваний или склонности к трансмиссивным заболеваниям; и, кроме того, абсолютно необходимо, чтобы такой брак близких родственников не имел места в непосредственной родословной двоюродных братьев, *т. е.* их двоюродство не должно быть двойным, происходящим как по отцовской, так и по материнской линии. Действительно, с целью получения здорового и сильного потомства рекомендуется, чтобы брак приводил к скрещиванию здоровых особей, происходящих из разных семей, разных мест и разных конституциональных типов. На пример преимуществ, которые можно найти в этой практике, указывает *Риббинг*, который показывает, что самая могущественная аристократия Европы, английская, благодаря постепенному появлению новых паров, с одной стороны, и постепенному переходу младших сыновей и их потомков в средний класс, с другой, подвергалась постоянному скрещиванию с менее высокопоставленными, но изначально более крепкими представителями; таким образом, ее сила и плодовитость сохранялись, в отличие от знати многих континентальных государств, которая в значительной степени погибла вследствие своей исключительности в вопросе брака.

“В этой связи, - продолжает *Риббинг*, - мы должны иметь в виду, что кровное родство - не единственный вопрос, который необходимо учитывать; в интересах как семьи, так и общества необходимо требовать, чтобы определенные степени родства только через брак подпадали под ‘запрещенные степени’ любви и брака. Существуют определенные группы, связанные браком и удерживаемые вместе узами привязанности, из которых наиболее подходящим образом могут быть выбраны приемные родители и опекуны для выполнения обязанностей по воспитанию и профессиональной подготовке детей, осиротевших в раннем возрасте. Для этой цели никто, по-видимому, не приспособлен лучше, чем братья и сестры умерших родителей; но воспитание детей может быть доверено первым только в том случае, если отношения между старшей и младшей ветвями семьи рассматриваются законом, а еще

больше моралью и обычаями, как исключаяющие возможность возникновения половой любви и брака”.

Мебиус, пишущий об “Облагораживании человеческой расы путем отбора в браке”, отмечает: “Наиболее важной целью естественного развития является совершенствование человечества. Качества подрастающего поколения зависят по большей части от качеств родителей. Брак по любви обеспечивает выполнение целей природы с большей надежностью, чем брак по разумному побуждению; поскольку мы должны думать не о счастье супружеской пары, а о качестве их детей. Большое значение для развития человеческой расы имеют также условия в начале жизни и способ воспитания. Улучшение расы до сих пор не было сознательной целью большинства людей. Закон пока не учитывает, как следовало бы, преимущества потомства. Смертная казнь полностью оправдана и носит целенаправленный характер. Преступникам не должно быть разрешено вступать в брак. Сохранение болезни по наследству должно пресекаться высшими силами государства. Любой человек, вступающий в брак, страдая каким-либо венерическим заболеванием, все еще находящимся в инфекционном состоянии, должен быть наказан. Брак лиц, страдающих туберкулезом, должен быть запрещен. Поскольку профилактика заболевания важнее, чем его лечение. Важнейшим фактором профилактической медицины является улучшение условий жизни. Идеалом человека должна быть доброта сердца в сочетании с физическим и психическим здоровьем. К добру, красоте и силе следует стремиться одновременно. Однако, поскольку человек формируется гораздо больше по рождению, чем по образованию, отбор в браке имеет фундаментальное значение. При выборе партнера внимание справедливо уделяется красоте, поскольку красота и здоровье в корне идентичны; более того, человек, наделенный красотой, обычно также более нравственен, чем тот, кто лишен этого атрибута. Равенство при рождении, как правило, желательно в браке; но при определении наличия такого равенства следует учитывать не только семью, но и индивидуальные характеристики. Является ли скрещивание рас желательным, пока окончательно не определено”.

С гигиенической точки зрения необходимо, чтобы в браке также регулировались частота и способ половых сношений.

Мудрецы и законодатели всех народов древности настаивали на необходимости определенных интервалов между половыми актами. Так, *Магомет* предписал 8 дней, *Зороастр* 9 дней, *Солон* 10 дней, *Сократ* - тоже 10 дней. *Моисей* запретил половой акт во время менструации и в течение недели после прекращения месячных. *Лютер* предписывал совокупляться “два раза в неделю”.

Птицы и многие млекопитающие способны совершать половые сношения с чрезвычайно короткими интервалами. Хорошо воспитанный петух будет повторять это действие 50 раз в день; воробей - 20 раз в час; бык - 3-4 раза в час. Однако у человеческого вида слишком быстрое повторение полового акта вредно не только для мужчины, но и для женщины, хотя последняя, безусловно, страдает в меньшей степени. Ибо в этом акте самка играет более пассивную роль, и по этой причине может безнаказанно повторять его чаще, чем самец, который теряет сперму при каждом повторении. Однако невозможно установить точные правила относительно допустимой частоты половых сношений у обоих полов; этот вопрос должен зависеть от физических потребностей. Умеренное и регулярное потворство половым сношениям, несомненно, полезно для женщин как физически, так и умственно, регулируя все функции организма и способствуя созданию довольного и жизнерадостного настроения.

Во время менструации женщине следует воздерживаться от полового акта. По закону Моисея смертная казнь полагалась как мужчине, так и женщине, которые предавались

половому акту во время менструации последней. На самом деле, соображения как гигиенической чистоты, так и санитарных мер предосторожности запрещают совершение полового акта в этот период. Наблюдалось, что за такими неосторожными действиями следуют тяжелая меноррагия, раздражение по периметру и параметрические воспаления. С другой стороны, более чем сомнительно, что в случае беременности в результате полового акта, совершенного во время менструации (а зачатие особенно вероятно в это время), ребенок, как утверждали более ранние авторы, может подвергнуться неблагоприятным воздействиям и страдать от кахексии, золотухи или рахита.

После полового акта женщине следует отдохнуть; и действительно, особенно рекомендуется поспать несколько часов. Вагинальный душ не следует назначать до тех пор, пока не пройдет несколько часов, в противном случае существует риск предотвращения оплодотворения яйцеклетки. Вода, используемая для вагинального орошения, никогда не должна быть слишком холодной; лучше всего использовать температуру 79 ° -82 ° F (26 ° -28 ° C).

Все меры с целью искусственного усиления сексуального влечения, такие как алкогольные напитки (особенно шампанское) и некоторые наркотики (особенно кантариды), даже более вредны для женщин, чем для мужчин. Женщина, которая зачинает в состоянии алкогольного опьянения, совершает великий грех против грядущего поколения.^[44] Однако столь же вредными являются анафродизиаки, которые иногда используются для уменьшения интенсивности сексуального желания, когда оно не может быть удовлетворено. Находясь в состоянии сильного сексуального возбуждения, женщина оказывается в гораздо более неблагоприятном положении, чем мужчина, поскольку мужчина претендует на право вступать в половой акт всякий раз, когда чувствует к этому желание, и, более того, имеет широкие возможности для сексуального удовлетворения. Однако женщина, должным образом наделенная чувством собственного достоинства, поймет, как обуздать свои чувства. Физические упражнения, умеренная, не стимулирующая питание, интеллектуальные занятия серьезными вещами, избегание двусмысленной литературы и чувственных драматических представлений, холодное купание и использование жесткого матраса и легкого постельного белья — эти средства окажут мощное содействие в предотвращении чрезмерного сексуального влечения. *Гораций* уже отмечал: “*Otia si tolles, periere Cupidinis arcus.*”

Жена должна знать, как обуздывать не только свои собственные желания, но и желания своего мужа. Она не должна требовать слишком многого во время опьянения юношеской энергией; она должна препятствовать полному сгоранию пламени мужской страсти и поддерживать искры, тлеющие в пепле. Экономия в период расцвета половой жизни сохраняет сексуальную силу, позволяет мужчине продолжать половую жизнь до зрелого возраста и предотвращает преждевременное истощение и пресыщение. Когда муж приближается к концу своего шестого десятилетия, жена должна приучить себя видеть в нем скорее отца своих детей, чем собственного мужа, и должна снизить свои сексуальные требования до такой степени, которая не нанесет ущерба его здоровью. *Демосфен*, описывая сексуальную жизнь афинян своего времени, сказал: “Чтобы получить законное потомство и обеспечить верную хранительницу нашего дома, мы женимся на жене; для нашей службы и выполнения повседневных домашних обязанностей мы держим наложниц; для радостей любви мы ищем гетер”. Задача чрезвычайно трудная, но умная и добродетельная современная жена должна стремиться сочетать в своей личности чувственную привлекательность *Аспазии*, целомудрие *Лукреции* и интеллектуальное величие *Корнелии*; она должна помнить эпиграмму *Бэкона*: “Жена должна быть любовницей молодого человека, компаньонкой мужчины средних лет, сиделкой старика”.

В половом акте женщина всегда должна играть более пассивную роль; она должна быть желанной, а не желать. Скромность женщины усиливает желание мужчины. Этим кокетством, допустимым, потому что естественным, женщина может привязать к себе мужчину и опровергнуть утверждение о том, что брак - это могила любви. Частичное сокрытие своего желания со стороны женщины более возбуждает мужчину, чем открытое проявление сексуального влечения; и определенная степень скромного нежелания более заманчива для него, чем простое приглашение. Должно быть оставлено достаточно места для игры фантазии. *Шиллер* заставляет *Фиеско* сказать графине *Джулии*, прикрывая ее грудь: "Чувства должны быть только слепыми письмоносцами и не должны осознавать того, что природа и воображение сообщают друг другу. Лучшие новости становятся устаревшими, как только о них говорит весь город".

Также по этой причине более уместно, чтобы половой акт происходил не днем, вследствие жестокого побуждения зрения, а только ночью, под защитной завесой темноты. Кроме того, ночной отдых послужит восстановлению истощенных нервов и восполнению израсходованных выделений. Менее целесообразен коитус утром, после пробуждения ото сна, поскольку сразу после этого необходимо приступить к дневным трудам. Только мужчины с частичной импотенцией, которые просыпаются с эрегированным пенисом, стараются без промедления воспользоваться этой благоприятной возможностью, памятуя о французской пословице: "О том, что нужно, и о том, что нужно, и о том, что не нужно".

Французский обычай, в соответствии с которым супружеская пара спит вместе на двуспальной кровати, нежелателен по нескольким гигиеническим соображениям, и, в первую очередь, по той причине, что эта непрерывная ночная близость, вероятно, породит привычку предаваться чрезмерно частым половым актам. Самый лучший и любящий из мужчин не имеет ни склонности, ни способности играть роль *Ромео* каждую ночь, и, таким образом, ценность супружеских обязанностей и удовольствие от них уменьшаются. Исполнение его желаний не должно даваться мужу так легко; он всегда должен казаться любовником, тем, кто добивается расположения женщины, потому что страстно желает ее; он не должен быть хозяином, требующим неоспоримого права. По этой причине для супружеской пары желательно устанавливать отдельные кровати и, по возможности, даже отдельные спальни.

Среди древних спартанский законодатель *Ликург* считал материнство главным атрибутом женщины и считал сексуальное влечение простым средством обеспечения государства здоровыми гражданами. В соответствии с этой точкой зрения, святость брака была нарушена, и каждый могущественный, красивый и доблестный спартанец имел право просить привилегию совокупления с женой другого человека, чтобы обогатить семью этого человека своим семенем. Пожилые, бессильные мужчины приводили хорошо сложенных молодых людей в объятия своих собственных жен. Девушки, как и юноши, прошли курс гимнастических упражнений, чтобы закалить свое тело и подготовить его к рождению сильных и здоровых детей. Ни один мужчина не мог жениться до достижения тридцатилетнего возраста, ни одна женщина - до достижения двадцатилетнего. Девушек, созревших для замужества, собирали в темном месте, и там молодые люди выбирали себе невест, смотря по воле случая. Молодым мужчинам разрешалось навещать своих жен только ночью и тайно, чтобы усилить и поддерживать силу сексуального влечения.

Среди спартанцев довольно часто случалось, что мужчина, жена которого осталась бездетной и который считал себя виноватым в случившемся, умолял кого-нибудь из своих соотечественников или даже иностранца прийти ему на помощь. Один из законов *Солона*, запрещающий мужчине пренебрегать своими супружескими обязанностями, предписывал

ему вступать в половую связь со своей женой не менее трех раз в месяц. Согласно другому закону Солона, афинская наследница могла обратиться к своему ближайшему родственнику за удовлетворением своих сексуальных желаний.

Самый резкий контраст этой спартанской простоте составляет необузданная распущенность, царившая в Риме при цезарях, когда единственным желанием женщины было сексуальное наслаждение, в то время как материнства следовало избегать. Это было доведено до такой крайности, что римские дамы того времени предпочитали выходить замуж за евнухов, и, кроме того, как сообщает *Плиний*, гермафродиты были в большом спросе. *Ювенал* пишет: “Есть женщины, которые ценят бесплодные объятия низких евнухов; таким образом, они могут обойтись без использования abortивных средств”.

Гигиена брачной ночи заслуживает со стороны врача большего внимания, чем ей обычно уделялось до сих пор. Он должен предупредить и просветить молодого мужа, чтобы уменьшить жестокость, с которой может быть совершен акт дефлорации, и, кроме того, чтобы можно было избежать ошибок в этой связи, возникающих по незнанию и способных иметь серьезные последствия. Хорошо известно, что рваные раны девственной плевы и ее окружения и даже серьезные травмы половых органов могут быть результатом неумелых попыток проникновения. Врач увещевает мужа словами *Мишле*: “Помни в этот час, что ты враг, нежный, внимательный и кроткий враг!”

Молодая женщина, вступающая в брак, должна получить от своей матери наставления относительно всех сексуальных процессов совокупления, наставления одновременно серьезные и исчерпывающие. Благодаря такому просвещению молодая невеста будет избавлена от многих страданий и избежит внезапного разочарования, которое может серьезно повлиять на всю ее будущую жизнь; с другой стороны, полное невежество может привести не только к ненужным умственным и физическим страданиям, но и к самым трагическим последствиям в первую брачную ночь. В одном известном мне случае молодая жена, которая до замужества была совершенно несведуща в природе физической любви, была настолько потрясена своими идеалами из-за несколько энергичных действий жениха, как только он оказался наедине со своей женой, что сбежала из своего нового дома прямо ночью, и никакие уговоры не могли заставить ее вернуться.

В тот решающий момент, когда девушка теряет свою девственность, она должна найти в своем муже не жестокого мужчину, который насильно овладевает ее телом, а избранного мужчину из всех, которому ее любовь ни в чем не может отказать.

“Деликатная предусмотрительность и сдержанность, - пишет *Риббинг*, “необходимы прежде всего в начале супружеской жизни. Молодая жена, приходящая на брачное ложе непорочной девственницей, в отличие от своего мужа, не вполне готова к тому, что должно произойти. Во всех случаях она испытывает некоторый страх перед новым опытом. Первый акт полового акта сопряжен для нее с определенной болью, и эта боль не только физическая. * * Более того, мы должны помнить, что полная перемена в ее образе жизни производит глубокое впечатление на ум женщины; необходимы время и покой, прежде чем она сможет почувствовать себя как дома в новой обстановке, прежде чем она сможет приспособиться к изменившимся обстоятельствам свои моральные и религиозные убеждения, и прежде чем она сможет “думать, что настоящая любовь действовала из простой скромности” (Ромео и Джульетта, III, 2.16). Нетерпеливые мужья из-за недостатка знаний и

невнимательности во время медового месяца часто разрушали счастье последующей супружеской жизни”.

К сожалению, часто случается так, что у жены есть основания жаловаться на безрассудную манеру, с которой ее муж использовал или злоупотреблял своими сексуальными способностями. Достаточно часто в первую брачную ночь мужчина с такой яростью нападает на девственные репродуктивные органы своей новобрачной жены, что мы действительно должны говорить о нем как о растлении невежественной и робкой девушки. Позже, когда стимул новизны проходит, муж часто совершает половой акт способом, более рассчитанным на пробуждение сексуальных желаний своей жены, но, стремясь к собственному благородному удовлетворению и получая его, он все еще склонен не учитывать необходимость осуществления полового акта таким образом, чтобы обеспечить полное удовлетворение и своей жене.

Свадебное путешествие также заслуживает рассмотрения с гигиенической точки зрения. Многие можно сказать в пользу такого путешествия, поскольку оно придает романтический аспект первому акту полового акта, который неизбежно является несколько жестоким. Переезд в чужую страну, в незнакомое окружение избавит целомудренную девушку от большого стыда и досады. Более того, в путешествии молодые супруги часто находятся в обществе друг друга, и процесс взаимной адаптации проходит в приятной атмосфере. И все же этот современный обычай совершать свадебное путешествие влечет за собой определенные серьезные недостатки. Молодая женщина покидает свой дом и ближайших родственников и в какой-то момент оказывается вовлеченной в волнение путешествия, которое может перерасти в болезненную тревогу. Утомительные поездки по железной дороге, блуждания по незнакомым городам, посещения музеев и картинных галерей склонны вызывать общую потерю нервного тонуса, а также местную гиперемия половых органов. Кроме того, ложная скромность и предписанные приготовления к путешествию могут привести к игнорированию начала менструации и отказу от обычного отдыха в этот период. Более того, возможность наступления зачатия и беременности обычно вообще не принимается в расчет. Многие приступы меноррагии, периметрита и эндометрита, многочисленные выкидыши и многочисленные случаи длительного бесплодия зависят от гигиенических ошибок во время свадебного путешествия, и, на самом деле, не столько от злоупотреблений, возникающих в результате опьянения страстью, сколько от утомления от чрезмерного путешествия как днем, так и ночью. Невеста, которая в день своей свадьбы была молода, здорова и полна жизненных сил, нередко возвращается из свадебного путешествия болезненной и ослабленной женщиной.

Что касается свадебных путешествий в связи с причиной хронического метрита, *Сканцони* выразил авторитетное мнение. “После многих недель неудовлетворенного сексуального желания молодая супружеская пара, теперь освобожденная от всех ограничений, предается радостям любви; сильное сексуальное возбуждение вызывает сильную стимуляцию и гиперемия женских половых органов; кроме того, дают о себе знать вредные влияния путешествий, а также совершаются гигиенические нарушения, зависящие от скромности молодой жены; поэтому ни в коем случае не следует удивляться тому, что, покинув дом совершенно здоровой женщиной, она возвращается из своего свадебного путешествия с микробами болезни, от которой она никогда полностью не оправляется и которая является источником нескончаемых страданий и, в частности, бесплодного брака”.

Сексуальная гигиена требует определенной умеренности в наслаждении физической любовью, а также определенного постоянства, какого можно ожидать в счастливом браке.

Невозможно установить общее правило относительно частоты половых сношений, несмотря на серьезность, с которой религиозные фанатики, врачи и учителя морали во все века пытались определить, как часто мужчине подобает сожительствовать со своей женой. Правила, которые были предписаны различными властями, имели в виду, по большей части, защиту жены от чрезмерных требований со стороны ее мужа; иногда, однако, путем установления минимального периода жене обеспечивалось определенное сексуальное удовлетворение; наконец, также необходимо было принимать во внимание рождение здорового потомства. *Риббинг*, однако, справедливо замечает: “Половое сношение является результатом естественного импульса, и тот, чьи чувства не повреждены и кто в то же время научился среди буйства своих ощущений сохранять должное уважение к своей жене, — такой мужчина не подвергается опасности совершить какую-либо ошибку. Вопреки мнению многих, я считаю совершенно правильным и разумным, что муж и жена должны вступать в половую связь всякий раз, когда это физически и ментально побуждает их к этому акту. Я также не вижу никаких причин, почему в течение первого периода, в течение которого они могут без перерыва наслаждаться удовольствиями полового акта, они должны, в соответствии с какой бы то ни было теорией, накладывать на себя дополнительные ограничения, чем те, которых требует забота об их физическом и психическом здоровье. Пробным камнем семейной гигиены является то, что на следующий день после полового акта и муж, и жена должны чувствовать себя совершенно свежими, энергичными и оживленными, как телом, так и умом — возможно, даже больше, чем в другие дни. При отсутствии таких чувств мы можем быть уверены в возникновении сексуальных эксцессов”. Тот же автор цитирует высказывание *Помроя*: “Мы можем пить нектар так свободно, как захотим — сама природа смешивает напиток и подносит кубок к нашим губам; однако, если мы пьем слишком много, она сначала разбавляет напиток водой, позже добавляет желчи и, в конечном итоге, возможно, смертельного яда”.

Род занятий, профессия, а также состояние питания и физическое телосложение супружеской пары оказывают важное влияние на частоту, с которой допускается совместное проживание без ущерба для здоровья. Правила еврейского Талмуда уже учитывают эти обстоятельства, предписывая, что молодые и сильные мужчины, не занятые каким-либо постоянным занятием, должны вступать в половую связь со своими женами ежедневно; работники физического труда, с другой стороны, только раз в неделю; в то время как работники умственного труда, наконец, или те, чья работа чрезвычайно тяжелая, должны допускать, чтобы между половыми актами проходил интервал в один или более месяцев. *Эктон* также предписывает, что в случае работников умственного труда и тех работников физического труда, чей труд изнурителен, половые сношения не должны происходить чаще, чем раз в неделю или десять дней.

Супружеская пара должна понимать, как наложить на себя определенные ограничения в вопросе супружеских отношений, не заходя, однако, так далеко, чтобы по совершенно пустяковым причинам отказывать мужу в доступе к его жене. В этом отношении также оказали влияние возобладавшие в последнее время мнения относительно прав женщин. *У. Эктон* рассказывает случай, попавший под его наблюдение, в котором жена отказалась предоставить своему мужу какое-либо право голоса при определении того, когда и как часто следует вступать в половую связь; жена, как она утверждала без колебаний, поскольку ей приходилось нести ответственность за последствия полового акта, имела полное право, когда считала нужным, отказываться от объятий своего мужа.

Опасности для сексуальной жизни женщины, связанные с современной агитацией за права женщин, видны уже по изменениям, которые произвела эмансипация женщин в Северной

Америке в функциях женщины как жены и матери. В этой части мира было сделано все возможное, “чтобы превратить” (цитируя слова блестящего журналиста) “куклу в независимое существо, позволяющее беспомощной женщине самой зарабатывать себе на жизнь, и результат этих усилий был самым поразительным. Американская женщина получила право выбирать любую профессию и заниматься любым видом деятельности, которые до сих пор были зарезервированы за мужчинами; она врач, юрист, торговец, профессор; ее будуар превратился в офис, часто связанный с фондовой биржей частным проводом. Юридически она также теперь обладает теми же правами, что и мужчина; во многих Штатах у нее есть и избирательное право, и право входить в палату представителей; она полностью освободилась от своей прежней опеки и самым пронзительным голосом может взывать к небесам: “Я свободна, я независима, я эмансипирована, я - это я!” И заметьте, в результате всех этих попыток превратить женщину в мужчину, что и в вопросе брака она ведет себя так, как если бы она больше не была женщиной. Американская женщина больше не выходит замуж; возможно, действительно, потому, что у нее больше нет на это возможностей. Она так долго и с таким рвением отдавалась мужским занятиям, что ее внутренняя женская природа, возможно, также претерпела трансформацию, так что на нее стало влиять своего рода нейтральное отсутствие желания. Несомненно, желание вступить в брак со стороны этой современной “эмансипированной” женщины исчезло самым тревожным образом, наблюдается заметное падение рождаемости, и коренному (белому) населению фактически угрожает исчезновение”.

Жена поступает мудро, руководствуясь не только гигиеническими соображениями, не всегда сразу и безоговорочно соглашаясь на требование мужа о повторении полового акта. Ее скромное нежелание повышает ее привлекательность в глазах влюбленного мужа. Так, *Шекспир* заставляет Постума воскликнуть (Цимбелин, Акт II., Sc. 5, l. 9):

“Она лишила меня моего законного удовольствия

И часто добивался от меня снисхождения; делал это с

Пуденция такая розовая, что на нее приятно смотреть

Вполне могло бы согреть Старый Сатурн.

Такой отказ особенно оправдан, когда коитус уже был совершен один или два раза, или когда употребление алкогольных напитков сделало мужа чрезмерно похотливым. С другой стороны, отказ от полового акта по требованию мужа никогда не должен зависеть от беспочвенного женского каприза или от ныне так часто провозглашаемых “прав женщин”.

Опыт давно установил как факт, что чрезмерно частое удовлетворение сексуального влечения влечет за собой серьезные последствия для здоровья индивида. И в случае жены эти последствия могут быть особенно катастрофическими, когда половым актам безрассудно предаются во время менструации, на всех стадиях беременности и даже в послеродовом периоде. “Недержание мочи во время менструации приводит к серьезным нарушениям кровообращения и последствиям этих нарушений; во время беременности оно, вероятно, приведет к выкидышу; в послеродовом периоде - к застойным явлениям и воспалениям. Если зачатие произойдет в результате полового акта в период лежания (а это может произойти очень скоро после родов), то, скорее всего, последует аборт и даже более серьезные последствия. Половым актом во время лактации вызывается преждевременное возобновление менструальных выделений и затрудняется постепенное возвращение репродуктивного аппарата к состоянию, в котором он находился до беременности (процесс инволюции); более того, секреция молока уменьшается или даже полностью подавляется”.

В этих терминах *Хегар* описывает последствия преждевременного возобновления супружеских отношений, придерживаясь, возможно, несколько экстремального взгляда на этот вопрос.

Тем не менее, этот автор, несомненно, прав, заявляя, что одним из главных недостатков чрезмерно частых половых сношений для женщины является то, что беременность наступает слишком часто. Удивительно наблюдать количество доношенных родов и выкидышей, которые происходят у женщины в течение сравнительно короткого периода времени, что слишком часто наблюдается среди трудящихся классов и особенно среди фабричных рабочих. “Если мы предположим, что обычная смертность при родах составляет 6 промилле, то женщина, которая в течение 15 лет рождает (доношенно или преждевременно) 16 раз, подвергается риску смерти, выражаемому соотношением $6 \times 16 = 96$ промилле; то есть в среднем из 1000 женщин, которые беременеют так часто, почти 1 из 10 умрет при родах”.

Молодые люди, которые ранее страдали гонореей и которые хотят вступить в брак, должны, если только они не хотят причинить невыразимые страдания, пройти точное и тщательное обследование; врач должен не только выяснить наличие определенных симптомов, таких как резь при мочеиспускании, слипание губок мочеиспускательного канала, “ниточки” в моче и т.д., Но и в течение значительного периода времени проводить повторные микроскопические исследования мочи, и нити, если они присутствуют, должны быть исследованы на гонококки. Врач также должен будет определить, остались ли какие-либо следы эпидидимита и не ухудшилось ли качество спермы в результате приступа гонореи. К сожалению, пока не в наших силах полностью запретить брак с мужчиной, проявляющим все симптомы хронической гонореи; но долг врача объяснить такому мужчине преобладающие в настоящее время научные взгляды на этот вопрос, чтобы предоставить ему основания для принятия решения.

Обсуждая гигиену супружеской жизни, невозможно умолчать о чрезвычайно насущном вопросе использования мер по предотвращению зачатия, поскольку в последние годы их использование стало чрезвычайно распространенным, главным образом, в высших и средних классах общества, но в некоторой степени также и среди рабочего населения. Хотя мы посвящаем этой теме специальную главу, здесь мы должны выразить мнение, что, за исключением определенных случаев, когда их применение может быть оправдано тщательно взвешенными и устоявшимися медицинскими показаниями, использование любых механических или химических средств для предотвращения зачатия следует рассматривать как наносящее вред здоровью. Жена, желающая сохранить свою психическую чистоту и нравственное целомудрие, что не только возможно в браке, но и весьма желательно, не должна сильно заботиться о технике сексуальной жизни, но должна отдаваться сексуальному наслаждению только в результате деликатного и непосредственного телесного и ментального желания. Не только по соображениям национальной экономии в отношении средств обеспечения семьи, но и по вполне обоснованным личным причинам, касающимся здоровья жены, последняя должна быть избавлена от чрезмерно быстрой череды беременностей и родов. И это должно достигаться определенной степенью воздержания и соблюдением длительных периодов сексуального покоя.

Для сохранения здоровья женщины в период наивысшего расцвета ее сексуальной активности важным условием является тщательная общая гигиена. Жилище должно быть сухим и просторным; прежде всего, спальня не должна быть слишком маленькой, ни сырой, ни темной, и она должна хорошо проветриваться. Занятия жены должны быть организованы таким образом, чтобы обеспечивать подходящее чередование активности и отдыха, и

ночной работы должно быть как можно меньше. Определенные занятия особенно сильны в плане причинения заболеваний, свойственных женщинам, главным образом по той причине, что они не позволяют обеспечить необходимый покой во время менструации. Так, прачки, вокалистки и машинистки швейных машин особенно часто страдают заболеваниями половых органов.

Женщинам необходима большая осторожность при очищении половых органов; вульву и окружающую ее среду следует часто и тщательно мыть; также полезно время от времени делать вагинальные инъекции. Однако, что касается последней названной меры, мы должны указать, что можно ошибиться как из-за избытка, так и из-за недостатка, и что ежедневный вагинальный душ ни в коем случае нельзя рассматривать как необходимую часть гигиены репродуктивных органов. Ведь недавние исследования показали, с одной стороны, что влагалище представляет собой естественный механизм уничтожения патогенных организмов, а с другой стороны, что осуществить полную дезинфекцию влагалища чрезвычайно трудно. Воспаления вульвы, которые довольно часты вследствие чрезмерного потоотделения и чрезмерных выделений из половых путей, требуют тщательного очищения водой с мылом и использования мягкой щетки. Предпочтительно добавлять в воду лизол (в пропорции от ¼ до ½%). Общая ванна или местная сидячая ванна с умеренно теплой водой (95 °-99 ° по Фаренгейту; 35 °-37 ° C) могут быть рекомендованы как для красоты, так и для здоровья, и их следует принимать не реже одного раза в неделю.

Регулярное использование чуть теплых сидячих ванн является наиболее ценной гигиенической мерой для предотвращения различных общих или местных нарушений, возникающих в результате увеличения притока крови к половым органам. Эти местные ванны лучше всего принимать при температуре 95 ° F (35 ° C) и должны длиться двадцать минут; их следует принимать непосредственно перед отходом ко сну, а во время сидения в ванночке для бедер кожу живота и нижней части спины следует растирать рукой, облаченной в фрикционную перчатку. Купальщица, выйдя из ванны, должна сразу лечь в постель и вытереться под простынями, растирая кожу до тех пор, пока она не зарумянится. Такие сидячие ванны служат также для поддержания чистоты наружных половых органов и защиты от инфекции. Для вагинального спринцевания следует использовать воду, стерилизованную кипячением, а при наличии катаральных поражений слизистой оболочки влагалища можно с пользой добавить немного квасцов, перманганата калия или борной кислоты; давление воды при вагинальном спринцевании ни в коем случае не должно быть высоким, резервуар ирригатора должен быть поднят не более чем на двадцать дюймов над выходным отверстием насадки; как правило, вода должна быть чуть теплой; пациентка должна находиться в лежащем положении. Резервуар ирригатора и внутривагинальная насадка лучше всего изготавливаются из стекла для обеспечения чистоты; насадку не следует засовывать слишком глубоко, вполне достаточно двух дюймов. После применения спринцевания женщина должна оставаться десять-пятнадцать минут в лежащем положении.

В дополнение к гигиеническому применению таких полных ванн и местных ванн, ряд минеральных ванн имеют важное терапевтическое применение при заболеваниях женских половых органов, традиционная ценность таких ванн научно подтверждена современной бальнеотерапевтической наукой. С помощью надлежащим образом подобранных ванн с минеральной водой можно оказать на кожу мощное производное стимулирующее воздействие и, таким образом, оказать благотворное влияние на пораженные репродуктивные органы. Кроме того, при острых воспалительных состояниях или гиперемии матки или ее наружных оболочек эти ванны оказывают противовоспалительное действие; с другой стороны, при образовании тазовых выделений ванны способствуют всасыванию этих

продуктов воспаления; опять же, при застойных состояниях женских половых органов, при расслаблении, утолщении и гиперсекреции слизистой оболочки половых органов ванны оказывают вяжущее и тонизирующее действие на ткани; наконец, они благоприятно влияют на иннервацию и питание не только репродуктивного аппарата, но и внутренних органов. Но не обо всем организме в целом. Легко понять, почему женщины во время менструации являются частыми посетительницами спа-салонов.

В этот период жизни, и особенно у женщин, ведущих роскошную “светскую” жизнь, мысли сильно склоняются в сексуальном направлении; чтобы избежать этого и предотвратить все более частые нарушения супружеской верности, лучшими средствами являются энергичные физические упражнения и активная занятость либо в домашних делах, либо в интеллектуальных занятиях. Холодное обтирание тела или полные холодные ванны также будут признаны отличной мерой для предотвращения сексуальных излишеств. В таких случаях также следует ограничить рацион питания, избегать обильной и стимулирующей пищи, но употреблять немного мясного фарша, в то время как зеленые овощи, сырые и вареные фрукты следует употреблять в большом количестве; в то же время все алкогольные напитки должны быть строго запрещены. Кроме того, необходимо позаботиться о том, чтобы в течение ночи не возникало чрезмерной физической стимуляции из-за чрезмерно теплых и мягких постельных принадлежностей; волосяные матрасы следует предпочесть пуховым перинам с легким пуховым одеялом в качестве покрытия. Наконец, нельзя предлагать воображению стимуляцию эротического характера, и по этой причине следует избегать двусмысленной литературы и похотливых драматических представлений. При достаточном количестве занятий, регулярных, интересных и требующих значительных затрат физической энергии, женщина может в значительной степени избежать неудобств и страданий, связанных с полным или частичным отсутствием удовлетворения сексуального влечения.

Нельзя оспаривать, что определенное и умеренное сексуальное удовлетворение необходимо для совершенного поддержания физического здоровья женщины, и что отсутствие этого удовлетворения или удовлетворение импульса ненормальным или неполным образом влечет за собой нарушение как психического, так и физического равновесия; но, с другой стороны, вредные последствия сексуального воздержания были сильно преувеличены многими авторами — как врачами, так и социальными экономистами. Вследствие того факта, что для культурной женщины сексуальное удовлетворение возможно только в браке, в то время как социальные условия делают брак невозможным для многих женщин, остро нуждающихся в таком удовлетворении; вследствие также современной и все более широко распространенной практики мужьями прерывания полового акта совершенно независимо от потребности женщины в полном сексуальном удовлетворении — у женщин возникают многочисленные местные расстройства и нервные расстройства, истерия и даже безумие, которые являются нередкими результатами. Значение неудовлетворенного сексуального влечения в патогенезе нервных расстройств было установлено *фон Краффт-Эбингом*, который указывает, что у незамужних женщин безумие чаще всего наступает в возрасте от двадцати пяти до тридцати пяти лет, то есть в течение десятилетия, в течение которого одновременно исчезают юношеский расцвет и надежды на брак; тогда как у мужского пола наибольшая частота безумия приходится на возраст от тридцати пяти до пятидесяти лет, период жизни, в который борьба за существование является наиболее ожесточенной.

Хегар, с другой стороны, является решительным противником мнения о том, что благоприятное влияние брака переоценивается. Согласно этому автору, благоприятный эффект брака в отношении психических расстройств следует искать не в удовлетворении

сексуального влечения, а в этических факторах брака. Статистика показывает, что даже при благоприятных обстоятельствах брака сексуальное удовлетворение оказывает на женщин неблагоприятное влияние, поскольку доля страдающих психическими расстройствами выше среди замужних женщин, чем среди женатых мужчин. Изучение психических расстройств, которые у женщин особенно связаны с процессом размножения (послеродовая мания), подтверждает это впечатление. *Хегар* настаивает, что он никогда не видел, чтобы нимфомания возникала у женщин вследствие насильственного подавления сексуального влечения; но что он нередко видел это расстройство в результате неестественных излишеств или длительно сохраняющегося сексуального раздражения, особенно у наследственно предрасположенных лиц. Такая неестественная стимуляция женщины нередко практикуется мужчинами — любовниками и даже мужем - это может быть потому, что он сам получает удовольствие от таких извращенных практик и желает получить сексуальное удовлетворение без риска оплодотворения, или потому, что он сам неспособен к нормальному полноценному половому акту. *Хегар* далее придерживается мнения, что в возникновении истерии, а также хлороза подавление сексуального влечения играет совершенно подчиненную роль. И он считает чистой выдумкой веру в то, что воздержание у женщин может привести к образованию опухолей молочной железы, матки или яичников. Он охотнее склонялся бы к противоположному мнению; репродуктивный процесс в этом отношении явно невыгоден женскому полу. Неблагоприятное влияние репродуктивного процесса наиболее отчетливо проявляется в случае карциномы матки; большинство пациенток, страдающих этим заболеванием, либо замужем, либо овдовели, и многие из них родили большое количество детей. “Удовлетворение сексуального влечения и, в частности, репродуктивного процесса, приводит у женщин к образованию и росту опухолей, вызывает многочисленные механические нарушения и открывает путь к заражению различными патогенными организмами”.

Хегар считает, что существует гигиеническое обоснование для ограничения числа детей, которых рождает женщина. Наиболее подходящий возраст для материнства, по его мнению, находится в возрасте от двадцати до сорока лет. Роды у женщин моложе или старше этого возраста сопряжены со слишком большой опасностью как для матери, так и для ребенка. Между двумя последовательными рожденьями должно пройти по меньшей мере два с половиной года; и эти цифры дают нам восемь человек в качестве максимальной семьи. Если мы предположим, что продолжительность беременности составляет девять месяцев, а лактации - девять-двенадцать месяцев (или в случаях, когда мать не кормит грудью собственного младенца, что аналогичный период должен быть посвящен тщательному наблюдению кормилицы или методам искусственного вскармливания), мы не можем считать неразумным посвящать дополнительный период от шести до девяти месяцев полному восстановлению здоровья женщины. “Более того, женщина существует не только для того, чтобы в течение двух десятилетий своей жизни подчинять себе процессы размножения. И чтобы максимальное количество детей достигло восьми, мы должны исходить из предположения, что женщина абсолютно здорова и что она живет в абсолютно здоровой окружающей среде. Любая болезнь или немощь, которая чрезмерно затрудняет выполнение обязанностей по ведению домашнего хозяйства и воспитанию существующей семьи, указывает на необходимость дальнейшего ограничения деторождения. И если мы хотим рационально контролировать репродуктивную функцию, мы должны прежде всего учитывать возраст и здоровье родителей. Также необходимо учитывать род занятий, место жительства и общую окружающую среду. Правильный идеал действительно нетрудно найти”.

Хегар приходит к выводу, что строгая умеренность и даже абсолютное воздержание в сексуальных вопросах часто и в течение длительных периодов времени являются

неотложной обязанностью. “Многочисленные и разнообразные бедствия, которые навлекает на мир необузданная и нерегулируемая сексуальная страсть, могут быть предотвращены только просвещением, умеренностью и воздержанием. Если вступление в брак откладывалось до достижения полной физической зрелости, у женщин до 20 лет, у мужчин до 25 лет, в то же время женщины старше 40 лет или мужчины старше 45-50 лет больше не производили потомство; если, опять же, между последовательными беременностями требовалась достаточная пауза для восстановления сил женщины и принимались во внимание сопутствующие заболевания и состояния слабости; и если, наконец, болезненные люди, наследственно предрасположенные к заболеваниям, и те, кто каким-либо образом отстал от нормы либо в умственном, либо в физическом плане, были, были бы более, чем до сих пор, лишены возможности вступать в брак; тогда прирост населения, который в Германии, несомненно, слишком быстрый, был бы до некоторой степени сдержан. Однако тщательная регуляция репродуктивного процесса не будет достигнута таким образом без принятия метода отбора, слишком строгого для современных представлений; и для дальнейшего продвижения мы должны тем временем полагаться на умеренность и воздержание”. Что касается современного требования “права на любовь”, тот же опытный гинеколог пишет: “Тот, кто проповедует человечеству доктрину о том, что ‘мужчина грешит против своей собственной личности, если он пренебрегает упражнениями каждой части тела, которой он обладает, и если он отказывает себе в удовлетворении каждого естественного импульса’, или доктрину о том, что ‘долг каждого человека - удовлетворять все свои естественные импульсы, поскольку они наиболее тесно связаны с его личностью — на самом деле являются самой его личностью’; такой проповедник наносит вред себе подобным. Такие права и такие обязанности химеричны по этой причине, если не по какой-либо другой, потому что для сексуального удовлетворения необходимы два человека, и иногда — хотя и не так часто, как хотелось бы - Гансу не удастся найти свою Грету без каких-либо последствий для общества в целом”.

Особенно важная глава в истории женщины в этот период жизни касается диетологии беременности и родов, а также правил, которые необходимо соблюдать для поддержания здоровья в это время и в связи с процессами беременности, родов, послеродовой инволюции матки и лактации. Однако сейчас мы не можем подробно рассматривать этот вопрос, и для наших нынешних целей достаточно указать, насколько важно в равной степени для матери и ребенка, в равной степени для семьи и общества отказаться от все более и более широко распространенной практики искусственного вскармливания младенцев и вернуться к естественному методу, в соответствии с которым каждая мать выкармливает своего собственного младенца. Господствующий обычай ежегодно лишает тысячи матерей здоровья, а тысячи детей - жизни.

Совокупление и зачатие.

Совокупление.

Размножение вида осуществляется посредством акта совокупления особи мужского и женского пола, оба из которых должны достичь полного полового развития. Во всей последовательности репродуктивных процессов только совокупление является добровольным актом, все остальные процессы независимы от воли и даже от сознания.

Характерное различие между человеком и низшими животными заключается в том факте, что у человеческого вида сексуальное удовольствие и акт совокупления могут возникать в любое время года; и еще одно характерное различие, возможно, можно обнаружить в том факте, что у подавляющего большинства особей человеческого вида психический процесс

”любви” играет определяющую роль. *Вольтер* указывал, что только человеку среди животных известны объятия и радость поцелуя.

Значение поцелуя изображено *Грильпарцером* в следующих стихах:

Auf die Hände küsst die Achtung,

Auf die Wangen Wohlgefallen,

Seelige Liebe auf den Mund.

Auf den Nacken das Verlangen;

Überall sonsthin Raserei.^[45]

В этом акте спаривания между двумя особями одного и того же вида, отличающимися друг от друга половыми признаками, активная, провоцирующая роль отводится самцу, пассивная, рецептивная - самке. Скромное и застенчивое нежелание, характерное как для девушки, так и для жены, способствует усилению сексуального возбуждения у противоположного пола, и это не только у мужчины чисто чувственного характера, тщеславие которого стимулируется тем, что он избранный среди многих, — обстоятельство, которое, ввиду большой зависимости полового акта от психических процессов и влияний воображения, отнюдь не лишено значения. Застенчивое нежелание женщины должно быть преодолено с помощью нежной стратегии, прежде чем она пожелает предоставить свое тело в окончательное владение; и акт совокупления одновременно является завершением физических и ментальных стремлений любовника и началом нового зарождения бытия. Таким образом, есть физиологическая причина для совета, данного знаменитым хирургом *Амбруазом Паре*, что мужчине перед завершением полового акта следует прибегнуть к некоторым из деликатных и чувственно стимулирующих манипуляций, характерных для ранних стадий ухаживания, поскольку, как он пишет, “aucunes femmes ne sont pas si promptes à ce jeu que les hommes”.

Способность половозрелого мужчины к половому акту, его способность вводить эрегированный пенис во время акта совокупления зависит от того факта, что сексуальное возбуждение вызывает достаточный стимул, который, воздействуя на центр эрекции (и предполагая, что центр и его афферентные и выводящие пути находятся в норме), приводит к увеличению притока артериальной крови к половому члену и уменьшению оттока по венам этого органа и, следовательно, к его эрекции. Головной мозг - это орган, в котором локализуется ощущение сексуального влечения, сексуального возбуждения; с этим высшим центром посредством межцентральных нервных путей связан низший, механический, рефлекторный центр, расположенный в поясничном расширении спинного мозга и контролирующий совершение акта совокупления; более того, вероятно, что нервные волокна отходят от спинного мозга непосредственно к кровеносным сосудам эректильной ткани, с помощью которых можно уменьшить калибр этих сосудов или уменьшить их растяжимость. Отношение эректоров нервов (*nervi erigentes*) к половому члену многие физиологи сравнивают с отношением блуждающего нерва к сердцу. В состоянии покоя мелкие артерии полового члена и, возможно, также кавернозные пространства этого органа находятся в состоянии среднего сокращения, так что они оказывают значительное сопротивление прохождению тока крови. Когда теперь эригентные нервы возбуждаются к деятельности, доселе тонизирующие сжатые сосуды полового члена подвергаются, согласно только что упомянутой школе физиологов, расслаблению, так что они расширяются под давлением крови внутри своих стенок, и, поскольку прежнее сопротивление потоку теперь

устранено, кровь свободно изливается в кавернозные пространства полового члена и максимально расширяет их. Таким образом достигается эрекция, что делает возможным введение полового члена в половой проход женщины; с кульминацией полового акта происходит извержение спермы, мышцы предстательной железы и перепончатой части мочеиспускательного канала вместе с ишиокавернозными и бульбокавернозными мышцами действуют сильно и одновременно.

Из-за только что описанного сокращения мышечного аппарата половой член сжимается в районе лобкового сочленения, и это еще больше затрудняет отток крови из пещеристых тел, увеличивая интенсивность состояния эрекции полового члена. Если расслабление кавернозных тел, зависящее от стимуляции эригентных нервов, будет неполным, то в кавернозные пространства не сможет пройти достаточное количество крови, чтобы оказать значительное давление на выводящие вены, и, таким образом, полной эрекции не произойдет. Если, опять же, сокращение мышечного аппарата у основания полового члена недостаточно сильное, полной эрекции также не наступает; орган становится только полустоячим или эрегированным на период, слишком короткий, чтобы позволить завершить половой акт.

Поскольку, с физиологической точки зрения, зачатие является целью, с которой осуществляется совокупление, эякуляция спермы должна рассматриваться как основная цель этого акта; теперь, в нормальных условиях, эякуляция происходит только тогда, когда пенис полностью эрегирован. С эрекцией кавернозных тел связано набухание галлиниевой головки, в результате чего отверстия семявыводящих протоков направлены вперед, к перепончатой части мочеиспускательного канала, и в то же время обратный проход к мочевому пузырю перекрыт. Благодаря этому механизму мочеиспускательный канал, который обычно служит каналом для оттока мочи, на какое-то время становится пригодным исключительно для целей полового акта. О том, что выход из мочевого пузыря затруднен набухшей головкой пениса, когда пенис находится в эрегированном состоянии, свидетельствует известный факт, что мужчина с эрегированным пенисом не может пропускать воду, хотя путь для извержения спермы свободно открыт.

Перед началом эякуляции мочеиспускательные железы уже начинают выделять секрецию; и когда эрекция сильная и продолжительная, эта секреция часто появляется в отверстии мочеиспускательного канала в виде капель прозрачной, несколько вязкой жидкости. *Ульцманн* считает, что функция этого секрета, вероятно, заключается в увлажнении стенок мочеиспускательного канала, по которым постоянно течет кислый мочевой секрет, защитной щелочной жидкостью и, таким образом, в подготовке канала для прохождения спермы. Аналогию можно найти в секрете цервикальных желез матки у женщины, поскольку было обнаружено, что этот секрет усиливает активность движений сперматозоидов. Если сейчас во время совокупления наступает момент семяизвержения, мужчина испытывает одновременно чувство сладострастного удовольствия и ощущение мышечного спазма в области промежности, а это указывает на начинающуюся эвакуацию содержимого семенных пузырьков через семявыносящие протоки. Одновременно секрет предстательной железы изливается в мочеиспускательный канал. Сперма теперь постепенно проходит через узкие семявыводящие протоки, и, поскольку вследствие отека головки *gallinaginis*, он не может сдавать задом в сторону мочевого пузыря, она бежит вперед, и накапливается в луковице уретры, физиологических работ из этой трубки. Как только в этой ситуации скапливается значительное количество спермы, так что луковица мочеиспускательного канала становится растянутой, возникают рефлекторные сокращения бульбокавернозных мышц, с помощью которых семенная жидкость вытесняется из отверстия мочеиспускательного канала. В тех

случаях, в которых это мышечный аппарат не функционирует должным образом, а в паралитической форме импотенции, семя во время эякуляции не выдается в принудительном струей, а медленно течет, как из льготного трубка частично заполнена жидкостью, из мочеиспускательного отверстия.

Мы в долгу перед *Рубо* за классическое описание феномена совокупления, и это описание прилагается здесь. Оно звучит следующим образом: “Как только пенис входит в преддверие влагалища, он прежде всего давит на головку клитора, которая поддается и изгибается перед ним. После этой предварительной стимуляции двух главных центров сексуальной чувствительности головка полового члена скользит по внутренним поверхностям двух влагалищных луковиц; затем дужка и тело полового члена захватываются выступающими поверхностями влагалищных луковиц, но сама головка полового члена, которая продвинулась дальше, теперь соприкасается с тонкой и нежной поверхностью слизистой оболочки влагалища, сама эта оболочка, благодаря наличию эректильной ткани между ее слоями, теперь находится в эластичном, упругом состоянии. Эта эластичность, которая позволяет влагалищу приспосабливаться к размеру полового члена, одновременно увеличивает набухание и чувствительность клитора, поскольку кровь, которая вытесняется из сосудов стенки влагалища, поступает оттуда к сосудам влагалищных луковиц и клитора. С другой стороны, набухание и чувствительность головки полового члена сами по себе усиливаются при сдавливании этого органа вследствие постоянно увеличивающейся наполненности сосудов слизистой оболочки влагалища и двух вагинальных луковиц.

В то же время передняя часть сжимающей мышцы прижимает клитор вниз, так что он соприкасается с тыльной поверхностью головки и тела полового члена; таким образом, происходит взаимное трение между этими двумя органами, повторяющееся при каждом совокупительном движении, совершаемом двумя участниками действия, пока, наконец, сладострастное ощущение не достигнет наивысшей интенсивности и не достигнет кульминации в сексуальном оргазме, отмечаемом у мужчины эякуляцией семенной жидкости, а у женщины - устремлением этой жидкости в влагалище. зияющее наружное отверстие цервикального канала; это настолько верно, что трудно сразу дать точную и полную картину явлений, сопровождающих нормальный акт совокупления. В то время как у одного человека чувство сексуального удовольствия сводится к едва ощутимому возбуждению, у другого это чувство достигает высшей точки как умственного, так и физического возбуждения.

“Между этими двумя крайностями мы встречаемся с бесчисленными переходными состояниями. В случаях сильного возбуждения проявляются различные патологические симптомы, такие как учащение общего кровообращения и сильная пульсация артерий; венозная кровь, задерживаемая в более крупных сосудах общими мышечными сокращениями, приводит к повышению температуры тела; и, кроме того, этот венозный застой, который еще более заметен в головном мозге вследствие сокращения шейных мышц и обратного сгибания шеи, может вызвать застойные явления в мозге, во время которых сознание и все психические проявления на мгновение приостанавливаются. Глаза, покрасневшие от инъекции в конъюнктиву, становятся неподвижными, а выражение лица становится отсутствующим; веки окончательно закрываются, чтобы исключить попадание света. У некоторых дыхание становится прерывистым; но у других оно временно приостанавливается вследствие спазма гортани, и воздух, после того как он некоторое время задерживался в легких, наконец, с силой выталкивается, и они произносят бессвязные и непонятные слова”.

Импульсы, исходящие от перегруженных нервных центров, сбивы с толку. Наблюдается неопишное расстройство как движений, так и ощущений, конечности поражены конвульсивными подергиваниями и могут либо двигаться в различных направлениях, либо вытянуты прямо и негнущимися; челюсти сжаты так, что зубы скрежещут друг о друга; а некоторые индивидуумы подвержены эротическому бреду до такой степени, что они хватают незащищенное плечо, например, своего партнера по половому акту, и кусают его до тех пор, пока не потечет кровь.

Следует период истощения, который является более интенсивным пропорционально интенсивности предшествующего возбуждения. Внезапная усталость, общее чувство слабости и склонность ко сну, которые обычно поражают мужчину после акта полового акта, частично должны быть приписаны потере семени; ибо у женщины, какую бы энергичную роль она ни играла в половом акте, наблюдается просто преходящая усталость, гораздо меньшей степени, чем та, которая поражает мужчину, и позволяющая гораздо скорее повторить акт. *“Тристе есть у всех животных после полового акта, претерпевающих множество изменений”*, - писал Гален, и эта аксиома по существу верна, во всяком случае, в отношении человеческого вида.

Этот вопрос обсуждался, и многие серьезные исследователи много размышляли над ним, кто в этот момент наиболее интенсивного сексуального удовлетворения испытывает наибольшее удовольствие - мужчина или женщина. Как и в случае со всеми вопросами, данные для решения которых одновременно очень разнообразны и очень изменчивы, так и в этом случае были выдвинуты очень разные мнения. *“Фактически, - пишет Рубо, “ когда мы принимаем во внимание все обстоятельства, влияющие на интенсивность сексуальных ощущений, вполне может возникнуть сомнение в том, что вообще возможно найти априорное решение проблемы. Когда мы принимаем во внимание влияние, оказываемое темпераментом, конституцией и большим количеством условий, как общих, так и специальных, на сексуальную чувствительность, мы не можем не убедиться, что эта проблема, вследствие всех тех сложных характеристик, которые она представляет, фактически неразрешима ”.*

В отношении удовольствия, испытываемого при половом акте, *Интуиция* проводит замечательное различие. Мужчина в каждом случае и с каждой женщиной испытывает полную степень удовольствия; и хотя с ментальной точки зрения это удовольствие может быть усилено склонностью, влечением и взаимной любовью, с физической точки зрения нет разницы между различными половыми актами, так что циничный древнеримец был прав, когда писал. *“Sublata lucerna nullum discrimen inter foeminas.”* Но в случае с женщиной все совсем по-другому. Ее первый опыт сексуальных отношений очень болезненный, и эта боль мешает всякому наслаждению до тех пор, пока оно продолжается, как это бывает у многих женщин в течение одной, двух или даже четырех недель. И когда этот период однажды заканчивается, не более двух женщин из каждых десяти испытывают удовольствие от полового акта в полной мере. Из оставшихся восьми четверо действительно испытывают приятные ощущения во время растирающих движений во время полового акта, но проходит много времени, прежде чем они испытывают ощущение, аналогичное по своей интенсивности тому, которое у мужчины сопровождает акт семяизвержения. У некоторых женщин может пройти шесть месяцев после вступления в брак, прежде чем они испытают настоящий сексуальный оргазм, у других - год или даже несколько лет; у значительного числа это происходит только после того, как они родят нескольких детей. В результате многочисленных наблюдений по этому поводу, *Гутцайт* утверждает, что у женщин сексуальное удовольствие испытывается только при общении с мужчиной, которого любят

или против которого, по крайней мере, не испытывают отвращения; и что женщина не испытывает удовольствия при общении с мужчиной, к которому она испытывает настоящую неприязнь. Далее, он утверждает, что женщина, любящая другого мужчину и испытывающая удовольствие от общения с ним, с другой стороны, не испытывает сладострастных ощущений во время общения со своим мужем, объятия которого она допускает только из чувства долга. Таким образом, у мужчины половой акт всегда доставляет удовольствие, в то время как у женщины удовольствие испытывается только при выполнении определенных условий.

Контакт с мужскими половыми органами стимулирует у женщины чувствительные нервы вульвы, преддверия и влагалища; нервный стимул передается в кору головного мозга, где вызывает ощущение сексуального удовольствия и вызывает, при посредничестве мочеполювого центра, ряд рефлекторных действий. В качестве чувствительных нервных окончаний таких рефлекторных дуг наиболее важную роль играют конечные разветвления pudовой ветви седалищного сплетения; в клиторе эти нервы окружены своеобразными концевыми луковицами - генитальными тельцами, открытыми *В. Краузе*; судя по их структуре, эти тельца кажутся превосходно приспособленными реагировать на малейшую стимуляцию, вызывая сладострастные ощущения и восприятие и вызывая различные рефлекторные проявления. Первая часть пути передачи афферентных импульсов, с помощью которых вызывается сексуальное удовольствие, образована спинными нервами клитора. Рефлекторные изменения, возникающие в результате сексуального возбуждения, начинаются уже в преддверии, поскольку секрет бартолиновых желез, которые сжимаются под действием констриктора куннильной мышцы, выделяется во время коитуса, причем секрет, благодаря расположению отверстий бартолиновых протоков, проходит над наружными половыми органами. Клитор становится эрегированным; кровь из луковиц преддверия, венозного сплетения, расположенного по краю преддверия вдоль границы между большими и малыми половыми губами, вдавливаются в головку клитора, эрекция и чувствительность этой структуры пропорционально усиливаются. Под действием сужающих канни и седалищно-кавернозных мышц клитор, дистальный конец которого согнут вниз под прямым углом, оттягивается вниз и прижимается к половому члену.

У входа во влагалище находится вагинальная мышца сфинктер, действие которой усиливается мышечными волокнами, проходящими в средней оболочке самого влагалища. Вполне вероятно, что мышечная активность влагалища и матки облегчает поступление спермы в полость матки.

Пролежень на спине по праву считается наиболее правильной позой, с физиологической точки зрения, которую женщина может принять во время коитуса. О том, что с древнейших времен и у самых разнообразных рас это положение было обычным, свидетельствуют многочисленные античные картины и статуи, а также сообщения тех, кто изучал обычаи диких рас. Однако иногда принимаются различные другие положения; так, *Плосс* и *Бартельс* сообщают, что среди суданцев коитус практикуется в прямой позе, когда мужчина стоит позади женщины; что среди инуитов (эскимосов) акт выполняется способом, обычным среди четвероногих; что среди суахели на Занзибаре, и среди коренных жителей Камчатки, принято боковое положение; и что среди австралийских чернокожих коитус обычно осуществляется в позе приседания, когда обе стороны сидят на корточках на своих коленях. вetchина. Те же авторы напоминают нам, что в старых календарях пятнадцатого, шестнадцатого, семнадцатого и восемнадцатого веков содержатся определенные предписания и запреты для совершения супружеского акта, и что для совершения акта указаны соответственно счастливые и несчастливые дни. Эти рекомендации, по-видимому,

являются пережитками древности, поскольку в санскритском труде “Коккогам” под заголовком “Половые сношения по дням месяца” даются точные инструкции по правильному совершению коитуса.

В “Камасутре” (индийском “Искусстве любви”, труде, только недавно ставшем доступным европейским читателям в переводе Р. Шмидта), несколько глав посвящены подробному описанию различных методов совокупления, а также даны правила плотского союза мужчины и жены. Но, как справедливо замечает индийский автор, “Правила имеют ценность только для контроля умеренного желания; когда колесо страсти однажды начало вращаться, предписывать курс уже бесполезно”. В этой работе перечислено шестьдесят четыре разновидности эротического наслаждения, и мы находим объяснение второго полового акта, темпа, природы, способа совокупления, мини-соития, обратного соития, вири между соитиями. консуэтодинибус.

Иногда для того, чтобы коитус был эффективным, необходимо какое-то другое положение, отличное от естественного. Такая необходимость была признана даже теологами, которые любое отклонение от природы в этом вопросе обычно рассматривали как греховное. For instance, in the work of Craisson, *De Rebus Venereis ad Usum Confessariorum*, we read: “*Situs naturalis est ut mulier sit succuba et vir incubus, hic enim modus aptior est effusionis seminis virilis et receptioni in vas femineum ad prolem procreandum. Unde si coitus aliter fiat, nempe sedendo, stando, de latere, vel praepostere (more pecudum), vel si vir sit succubus et mulier incubus, innaturalis est.... Sed tamen minime peccant conjuges si ex justa causa situm mutant, nempe ob aegritudinem, vel viri pinquetudinem, vel ob periculum abortus; quandoque ait St. Thomas, sine peccato esse potest quando dispositio corporis alium modum non patitur.*”

При определенных патологических состояниях, например, для предотвращения бесплодия, может быть предпочтительно рекомендована неправильная поза во время полового акта, чтобы способствовать попаданию спермы в канал шейки матки и позволить сперме дольше оставаться во влагалище, прежде чем она вытечет наружу. Старым и часто эффективным средством для этой цели является совершение коитуса с женщиной в коленно-локтевой позе. Для того чтобы способствовать проникновению спермы в более глубокую часть половых путей, Хегар и Кальтенбах рекомендуют, чтобы после коитуса женщина оставалась некоторое время в коленно-локтевой позе, в то время как мужчина время от времени осторожно надавливает на переднюю брюшную стенку, а затем резко ослабляет давление.— В Талмуде коитус считался бесплодным, если совершался, когда женщина находилась в эрегированной позе.

Каспер сообщает о случае женщины с тяжелым сколиозом, которая долгое время оставалась бесплодной и которая забеременела (и впоследствии благополучно родила) только после совершения полового акта в пролежнях брюшной полости.

Гено де Мюсси предлагает следующий, очень характерный метод обеспечения оплодотворения, который также, несомненно, восходит к глубокой древности: “*Это незаконный способ оплодотворения, который существует после того, как разошлись половые органы или заразился мужчина, ipsum maritum digitum после полового акта во влагалище без остатка, и это вместилище спермы в матке с остеопорозом. Вместе с остиоло-маточным кровотечением, проникающим в первичный канал сперматозоида motibus faventibus, распространяющийся, не вызывающий абсурда.*” Юсташ сообщает о случае, жена врача, в котором этот маневр был эффективным для обеспечения зачатия.

Аналогичная процедура была с успехом применена Керером в случае ослабления потенции у мужчины, что привело к преждевременной эякуляции. Расширитель была введена во

влагалище, и через этот инструмент сперму, кончают в следствие сексуального возбуждения, был введен в состав свода влагалища; концепция последовало. Аналогичным образом, А. Лейер рекомендовал в случае частичной импотенции, при которой для достижения эякуляции требовались специальные манипуляции, способствовать зачатию следующим образом: после того как эрекция была достигнута обычным половым контактом, были выполнены манипуляции, необходимые для получения эякуляции, и пенис был введен во влагалище за момент до того, как произошла эякуляция. Это было сделано с плодотворными результатами. *Englisch* сообщает о случае пациента с гипоспадией, который, чтобы сделать коитус эффективным, использовал презерватив, в передней части которого он проделал отверстие. Таким образом, он стал отцом троих детей.

Мужчинам с очень большим весом и чрезвычайно выпирающим животом мы можем рекомендовать для содействия зачатию вступать в половую связь со своими женами *a parte posteriori*; и та же рекомендация может быть дана в случаях, когда сама жена страдает чрезмерным ожирением. В Австралии говорят, что среди коренных народов коитус обычно практикуется *апостериори*; и в Талмуде есть высказывание о том, что половой акт, совершенный обычным способом, не приводит к зачатию младенцев, таких хороших, мудрых, талантливых и многообещающих, как те, чье зачатие является результатом коитуса *апостериори*. Мухаммед, с другой стороны, заявляет: “Ваши жены - это ваша пашня, поэтому занимайтесь этим, как вам заблагорассудится”.

В случаях ретрофлексии матки с заметным направлением вперед вагинальной части шейки матки я рекомендовал мужу совершать половой акт со своей женой в вертикальном положении сидя. В этой позе дно матки проходит вниз и вперед, в то время как влагалищная часть шейки матки проходит вверх и назад.

В случаях ретроверсии матки с образованием тупика в заднем своде влагалища, *Пайо* рекомендует, с целью временного восстановления положения матки, благоприятствующего зачатию, пациентке сохранять мочу в течение трех-четырех дней до коитуса, свободно употребляя в пищу яйца и рис и принимая по маленькой пилюле опия каждый вечер; в случаях ретроверсии пациентке следует сохранять мочу в течение значительного времени - за пять—шесть часов — до коитуса; а в случае ретроверсии пациентке следует сохранять мочу в течение в случаях латерального варианта он рекомендует пациентке вступать в половую связь, лежа на той стороне, в сторону которой направлена вагинальная часть шейки матки.

Edis рекомендует, чтобы в случаях, когда бесплодие зависит от обратного смещения матки, орган заменялся, пока пациентка находится в половой позе, и вставлялся пессарий; после этого коитус должен быть осуществлен без изменения пациенткой позы.

У человеческого вида по сравнению с низшими животными произошло заметное уменьшение частоты отдельных актов полового акта, уменьшение, зависящее от высших жизненных целей первых. *Бурдах* формулирует в качестве физиологического закона, что частота половых сношений обратно пропорциональна продолжительности акта.

У всех цивилизованных рас половой акт прекращается во время менструации, поскольку у нормального мужчины возникает отвращение к половому акту с менструирующей женщиной.

По закону Моисея, половой акт с женщиной во время менструации и в течение семи дней после прекращения месячных был запрещен под страхом смерти. *Талмуд* далее предписывает, что женщина должна совершить очистительную ванну через неделю после

менструации. Более того, из-за самого полового акта и мужчина, и женщина становились нечистыми к вечеру; и, согласно закону Моисея, оба должны были совершить омовение после акта соития. В *Коране* также запрещен половой акт во время менструации и до тех пор, пока женщина не очистится водой. Законы ислама требуют от мужчины, который женится на девственнице, чтобы он имел с ней половые сношения первые семь ночей подряд; в то время как тот, кто женится на жене, которая больше не девственница, должен посещать ее только первые три ночи подряд. Впоследствии, в течение супружеской жизни, мусульманин должен регулярно вступать в половую связь со своей женой раз в неделю. У многих диких рас половой акт с женщиной запрещен во время беременности, послеродового периода и лактации.

Первый акт полового акта труден и болезнен для девственницы. Временами разрыв девственной плевы чрезвычайно затруднен. Даже после этого проходит некоторое время, прежде чем человек испытывает подлинное удовольствие от полового акта.

Для женщины половой акт вреден, когда совершается с чрезмерной частотой, или во время менструации, или без разбора на протяжении всей беременности, или в послеродовом периоде, или неполно, или неестественным образом, или, наконец, когда совершается в неподходящей позе тела.

“Чрезмерно частое совершение акта совокупления, - пишет *Хегар*, - которое может происходить либо при супружеских, либо при незаконных сношениях, приводит к анемии, неполноценному питанию, мышечной слабости, интеллектуальному и нервному истощению. Молодые и здоровые люди быстро восстанавливают силы после кратковременных эксцессов, как это часто наблюдается у молодых супружеских пар. Болезненные и пожилые люди, с другой стороны, гораздо серьезнее страдают от сексуального избытка и выздоравливают от него, но медленно, если вообще выздоравливают. Длительные сексуальные излишества в конечном счете истощают даже самых сильных”.

Половое сношение, совершенное силой или с девочкой незрелого возраста, квалифицируется как изнасилование, наказуемое преступление как в Германии, так и в Австрии. Преступление определяется как внебрачное сношение с женщиной моложе четырнадцати лет с согласия последней или без него; или внебрачное сношение с женщиной любого возраста против ее воли или без возможности оказать сопротивление — либо путем применения реальной силы, применения угроз, либо путем потери сознания. Что касается последнего уточнения, закон рассматривает как изнасилование половое сношение с женщиной, неспособной сопротивляться из-за потери сознания, независимо от того, вызвана эта потеря сознания непосредственными действиями нарушителя или нет.

У женщины половой акт, как физический, с его естественными последствиями, так и психический, одновременно более труден и имеет более длительные последствия, чем у мужчины. Писатель новой школы, у которого, по его собственному признанию, нет иного интереса, кроме изучения сексуальной жизни, пишет о себе: “Я достаточно часто вступал в половую связь с представителями другого пола, в некоторых случаях, действительно, из чистого влечения; но во всех случаях цель и результат были одинаковыми — как только я достигал своей цели, дело заканчивалось. Страсть, скотский поступок, истощение, обычно чувство отвращения; в лучшем случае беглое, но неприятное воспоминание; вуаля”. К женщинам такое описание, к счастью, применимо только в самых исключительных случаях.

С завершением коитуса заканчивается добровольное и сознательное действие двух участников акта; последующие стадии функции зачатия не зависят ни от сознания, ни от воли.

При полном проникновении пениса была осуществлена, и семяизвержение происходит, сперма обычно откладывается на ОС матки или в непосредственной близости от этого отверстия. При акте эякуляции, перистальтические сокращения влагалища не происходит, с помощью которого сперма на ОС матки подвергают умеренной степени давление; сжатие и давление может сохраняться в течение некоторого времени после завершения полового акта. У кроликов на жару, сужения влагалища, с помощью которого Семен был вынужден под давлением в толщу матки, были на самом деле наблюдается.

Во время полового акта также активна мышца матки. Во время сильного сексуального возбуждения матка опускается в таз, причем движение вниз усиливается из-за давления на живот женщины. Наружное отверстие матки раскрывается, и отверстие, до сих пор уплощенное, теперь становится округлым. В то же время секреция желез шейки матки выводится, и небольшое количество спермы всасывается в канал шейки матки. *Пальчатые складки* создают определенное препятствие для входа спермы; но внутренняя поверхность канала становится намного более гладкой благодаря свободному выделению слизи железами шейки матки. Кроме того, представляется весьма вероятным, что во время возбуждения при половом акте устья фаллопиевых труб, обычно более или менее плотно закрытые, широко раскрываются, так что сперматозоидам становится легче проникать внутрь.

Мышечные движения матки наблюдал *Дж. Бек* у женщины, страдающей выпадением. Во время сексуального возбуждения маточное отверстие быстро открывалось и закрывалось пять или шесть раз подряд, оставаясь, наконец, плотно закрытым. Кроме того, у *сук* в период течки *Баш* и *Хоффманн* наблюдали, как вагинальная часть шейки матки опускается во влагалище, маточное отверстие раскрывается, выделяется слизь, а затем зев втягивается.

Холь, *Лицманн* и другие сообщали, что у женщин, наделенных большой нервной восприимчивостью, трение пальцем влагалищной части шейки матки вызывает сексуальное ощущение с округлением наружного маточного отверстия, опущением матки и затвердением влагалищной части; это последнее рассматривается *Грэйли Хьюиттом* и *Вернихом* как необходимое сопровождение совокупления. *Хенле* считает, что затвердение и выпячивание вагинальной части шейки матки происходят из-за изменения натяжения тонких сосудов этой структуры, которые имеют исключительно толстую мышечную оболочку; *Руже* сравнивает этот механизм с тем, с помощью которого достигается эрекция полового члена. Эти авторы считают, что сексуальное возбуждение необходимо для эрекции вагинальной части шейки матки.

Так, *Холь* пишет: “Многочисленные наблюдения показали, что у самок, наделенных значительной степенью нервной восприимчивости, и особенно у нерожавших, во время осмотра и при любом усиливающемся раздражении наблюдается не только повышенная секреция вагинальной слизи, но также кратковременное опускание матки и раскрытие наружного маточного отверстия, так что это отверстие на мгновение приобретает вид открытого устья трубки”. *Лицманн* сообщает, что во время вагинального обследования молодой, крайне эретичной женщины матка внезапно приняла более вертикальное положение и опустилась ниже в области таза; в то же время губы шейки матки стали одинаковыми по длине, наружное отверстие матки стало округлым, мягким и в него можно было проникнуть пальцем; в то время как дыхание и голос указывали на возникновение сильного сексуального возбуждения. *Руже* предполагает, что тело и дно матки составляют эректильный орган, который, однако, обладает способностью к эрекции только в период овуляции; *Хьюитт*, с другой стороны, считает чрезвычайно вероятным, что эрекция может возникнуть в любое время во время полового акта, независимо от того, идет овуляция или

нет. А. *Верних* считает, частично основываясь на личных наблюдениях, что эрекция нижнего сегмента матки возникает, как и эрекция полового члена, всякий раз, когда испытывается умеренная степень сексуального возбуждения; у женщин, однако, эрекция нижнего сегмента матки возникает при умеренной степени сексуального возбуждения. Он считает, что эрекция редко бывает чрезмерной и что она снижается вместе с другими симптомами сексуального возбуждения, а именно покраснением лица, увлажнением и блеском глаз, характерным выдохом со стоном и т.д. Принимая во внимание, что во время овуляции эрекция является просто необходимым сопутствующим фактором других менструальных процессов; во время полового акта эрекция не только возникает гораздо сильнее, но и является важным — возможно, самым важным — фактором, способствующим оплодотворению.

Больше невозможно согласиться с точкой зрения физиологов более ранних времен о том, что целью эрекции нижнего сегмента матки является “образование пенисом непрерывного канала между мужскими и женскими половыми органами”. Контакт между головкой полового члена и наружным отверстием матки на самом деле не является чрезвычайной редкостью; но, с другой стороны, это ни в коем случае не постоянный и даже не частый случай полового акта. Это, в частности, эякуляция, которая обеспечивается эрекцией вагинальной части шейки матки. У женщины эякуляция происходит в момент наиболее интенсивного сексуального наслаждения и характеризуется выделением из наружного отверстия матки умеренного количества слизистой жидкости со щелочной реакцией. В некоторых случаях, когда происходит хроническое выделение этой цервикальной слизи, она образует удлинённый коагулум из нежного стекловидного желе, “слизистую нить” *Кристеллера*. Последний упомянутый автор придерживается мнения, что сперматозоиды медленно, но активными движениями прокладывают себе путь по этой нити в полость матки. На это предположение, однако, *К. Майер* и *Марион Симс* возражают, что *наблюдения* Кристеллер по большей части проводились на женщинах, которые были нездоровы, и что студенистый секрет такого характера закупоривает отверстие цервикального канала и препятствует наступлению зачатия. От возведения порции влагалищной во время сексуального возбуждения, и его внезапное расслабление после cohabitationem, *Wernich* выводит возникновение процесса аспирации, по которому сперма оформляется через цервикальный канал в полость матки; процесс, который наблюдается в реальных событиях в vivisected животных. Говорят, что многим женщинам это ощущение процесса всасывания настолько хорошо знакомо, что на нем, в сочетании с последующим почти полным отсутствием слизи и семенной жидкости из влагалища, они привыкли основывать веру в то, что зачатие произойдет. Говорят, что эта аспирационная активность со стороны матки также может быть воспринята мужчиной во время коитуса (?). *Grohe* предполагает, что волнообразное движение ресничек эпителия, выстилающего цервикальный канал, имеет важное значение для ускорения подъема сперматозоидов; возможно, вибрация ресничек оказывает подвижное воздействие на сперматозоиды, возможно, постоянно повторяющееся движение ресничек служит для предотвращения постоянной склеивания сперматозоидов в группы.

Согласно *Sims*, аспирационное действие матки осуществляется следующим образом: за счет сокращения верхней мышцы влагалища шейка матки прижимается к низу к головке полового члена, и за счет этого давления ее содержимое эвакуируется; затем части расслабляются, матка внезапно возвращается в свое нормальное состояние, и, таким образом, семенная жидкость, которой заполнено влагалище, втягивается внутрь канала шейки матки.

Айхштадт также приписывает матке силу вдоха, зависящую от полового акта и способную выталкивать внутрь матки сперму, извергнутую в зев матки. Изменения в матке, которые являются необходимыми предпосылками этого стремления, а именно, наполнение кровью, в результате чего уплощенная форма матки уступает место более округлой форме, а полость органа увеличивается в объеме, происходят, по мнению этого автора, только тогда, когда во время полового акта женщина достигает высшей точки сексуального удовлетворения, только этим можно вызвать вышеупомянутые изменения в матке. *Э. Мартин* и *Хробак* также обратили внимание на тот факт, что определенное значение в этой связи должно иметь может быть присоединен к факультативному увеличению в размерах наружного отверстия матки.

Лотт своими исследованиями поведения шейки матки в связи с актом зачатия пришел к выводу, что двигательная способность сперматозоидов является основным фактором осуществления оплодотворяющего контакта между сперматозоидами и яйцеклеткой. Эта двигательная способность может быть увеличена или уменьшена в результате ряда условий, среди которых основными являются: активность шейки матки (мерцательного эпителия); характер выделений; а также положение, форма и размер шейки матки. Таким образом, автор приходит к выводу, что роль, которую играет в зачатии нормальный цервикальный канал, является чисто пассивной, за единственным исключением активности мерцательного эпителия, и влияние этого фактора следует рассматривать как крайне сомнительное. То, что во время эякуляции наружное отверстие мужского мочеиспускательного канала и наружное отверстие матки находятся в тесном соприкосновении, отрицается *Лоттом*, который приводит в подтверждение своих взглядов данные, полученные в результате сравнительных исследований на различных животных. У собаки конфигурация половых органов такова, что невозможно предположить, что может произойти какое-либо совмещение; то же самое имеет место и с овцой; и еще в большей степени это относится к кролику, у которого есть две совершенно разные влагалищные части, свободно выступающие во влагалище. У человека также характер стенок цервикального канала, где в нормальном состоянии пальчатые складки, можно сказать, почти смыкаются, разделенные лишь тонким слоем слизи, создает препятствие для поступления извергнутой спермы за счет непосредственной силы самой эякуляции. Что касается независимой подвижности сперматозоидов, исследования *Лотта* показали, что они не только могут преодолевать сильные капиллярные токи и преодолевать толщину покровного стекла (18 мм — около $\frac{3}{4}$ дюйма) примерно за пять минут; кроме того, они способны мигрировать через тончайшие промежутки (промежутки мембраны животных) при условии, что жидкость, которой увлажнена мембрана, благоприятна для их жизнедеятельности.

Керер, который в целом поддерживает точку зрения о том, что *совместный образ жизни* и активная позиция женщины оказывают важное влияние на наступление зачатия, предполагает, что происходят независимые сокращения шейки матки, в результате чего изгоняется тонкая слизистая пробка, которая заполняет канал шейки матки и создает препятствие для прохождения сперматозоидов. Он считает, что продолжительность полового акта, механические взаимоотношения между половым членом и влагалищем, активность мышц матки, секреторная активность слизистой оболочки матки и влагалища во время акта и поза женщины *после полового акта* — все это важные факторы наступления зачатия. Таким образом, он считает, что если во время полового акта происходит сбой сокращений матки, которая должна изгнать подкючи цервикальной слизи, семенной жидкости утекает без внесения удобрений; Если неподходящая поза во время полового акта предполагается женщина остается бесплодной, но могут быть оплодотворенной без особых трудностей путем полового сношения осуществляются в установленном порядке.

Хаусманн показал, что у одной и той же женщины и в сходных условиях сперматозоиды в одном случае будут обнаружены в цервикальном канале, а в другом случае их там не будет; и он далее показал, что у некоторых женщин мы не можем обнаружить сперматозоиды в цервикальном канале при обстоятельствах, при которых у других женщин мы регулярно обнаруживаем их в такой ситуации.

Как бы далеки мы ни были от полного знания условий, от которых зависит зачатие, по крайней мере, несомненно то, что прохождение сперматозоидов через наружное отверстие матки является непременным условием оплодотворения. Действительно, казалось бы, мы должны принять за истину предположение о *Meyerhofer*, что оплодотворение возможно только в случае, если сперма проходит сразу в цервикальный канал, смешивается, то есть сразу с щелочной цервикальной слизи—если, действительно, половой акт происходит во время catamenial потока, когда кровь уже нейтрализовал кислую реакцию во влагалище, или происходит, когда какой-патологическое состояние имеет тот же результат. Теория *Иоганна Мюллера*, относительно поршня-подобным действием пениса во время полового акта, при котором сперма фактически заставила через шейку матки, она должна быть отвергнута; столь же несостоятельной является *холста* в предположении, что во время полового акта сперма выводится из организма через расширенного цервикального канала непосредственно в полость матки. Однако, по—видимому, необходимым условием оплодотворения является извержение семени в самый верхний сегмент влагалища, так что жидкость вступает в фактический контакт с наружным отверстием матки; возможно, тогда вступает в действие предполагаемая аспирационная сила матки, с помощью которой семя всасывается в полость этого органа; возможно, с другой стороны, что *Бейгель* прав в своей теории о существовании *семенного сосуда*, образованного передней и задней губами матки. шейка матки и самый верхний сегмент влагалища - в этом пространстве, по его предположению, часть спермы удерживается в контакте с отверстием цервикального канала.

Также весьма вероятно, что во время полового акта включается рефлекторный нервный механизм, посредством которого открываются маточные отверстия фаллопиевых труб, вагинальная часть шейки матки опускается во влагалище, наружное отверстие матки увеличивается, отверстие становится округлым там, где раньше оно было плоским, и, наконец, небольшое количество спермы может быть аспирировано в полость матки.

Я также считаю важным для содействия зачатию, чтобы одновременно с описанными выше изменениями рефлекторная нервная стимуляция приводила к выделению цервикальными железами студенистого вещества, имеющего щелочную реакцию и, следовательно, приспособленного для увеличения двигательной способности сперматозоидов, так что эти последние, при содействии активности мерцательного эпителия, выстилающего цервикальный канал, проникали внутрь полости матки, а оттуда продвигались к фаллопиевым трубам. Значение желез в слизистой оболочке, выстилающей цервикальный канал, до сих пор недооценивалось в этой связи.

В то время как на примитивном этапе развития человечества, среди диких рас в наши дни, как и среди наших собственных доисторических предков, нагота является правилом, так и половые сношения в этих обстоятельствах осуществляются совершенно без какого-либо регулирования законом или обычаем, просто по побуждению необузданной естественной страсти, и, более того, наблюдается полнейшая неразборчивость в сексуальных

отношениях; но цивилизация привела человека к наложению ограничений на половые сношения и ввела брак как священный институт. Однако у некоторых примитивных народов, у которых жены являются общими для всех мужчин, временные пары, тем не менее, происходят, особенно когда женщина беременеет; однако они прекращаются в период лактации. “Таково происхождение брака, который развился из насилия и проституции, как закон развился из преступления” (Ломброзо). Этот автор делает интересное наблюдение, описывая полную свободу половых сношений, которая царит среди краснокожих индейцев Северной Америки, о том, что “часто периоды общей распущенности наступают, как у животных во время гона, обычно в теплое время года, когда пища в изобилии; трудно провести какое-либо различие между бурными оргиями бабуинов и австралийских чернокожих, среди которых полы большую часть года держатся порознь, чтобы смешаться, подобно животным во время гона в сезон сбора батата”.

Путь цивилизации от полной неразборчивости в половых связях до возвышенного идеала пожизненного моногамного союза не был прямым, но был отмечен различными отклонениями в сексуальных отношениях; гетеризмом, проституцией, полиандрией, кровосмешением, изнасилованием, *правом первой ночи* и т.д. Антрополог способен проследить последовательные этапы развития института моногамного брака; общность жен внутри клана; свободная продажа жен и дочерей; посвящение жены или наложницы мужчине в честь гостя; ритуальная проституция в честь богов и на многочисленных религиозных праздниках; эстетический и литературный гетеризм с оказанием услуг по свободному желанию; общность жен среди всех мужчин одной семьи; притязания жены на целых пять или шесть мужей; право братьев на своих сестер; дефлорация девственниц священниками в языческих храмах; временное владение женой главой общины до того, как ею овладеет постоянный муж; дефлорация невесты бонзой до ее замужества; феодальное право средневекового сеньора на *prima nox* невесты своего вассала.

На низших ступенях цивилизации совокупление кажется настолько естественным действием, что совершается публично, совершенно не испытывая стыда. Так, Кук в своем первом путешествии описывает, что видел, как туземец вступил в половую связь с одиннадцатилетней девочкой на глазах у королевы, у которой Кук тогда принимал аудиенцию; половой акт был, по словам Кука, излюбленной темой разговоров между ламами. Геродот сообщает, что многие народы древности не придавали значения неприкосновенности частной жизни при половом акте, но, подобно низшим животным, у них были связи в любой компании. В Библии также записано, что половое сношение совершалось публично: “И раскинули Авессалом шатер на крыше дома, и вошел Авессалом к наложницам отца своего на глазах у всего Израиля”. (II. Самуил, XVI. 22.) Согласно Афинею, этруски на своих публичных пирах были столь же несдержанны. Плутарх сообщает, что у спартанцев девушки и юноши разгуливали вместе обнаженными. Даже после того, как чувство скромности начало развиваться, прошло много времени до того, как был сделан какой-либо секрет об акте полового акта. В классической древности это очень часто было предметом живописного и пластического изображения. Даже в более поздние дни были художники, которые без колебаний изображали половой акт: так, перед нами Венера с фавном работы Караччи; Юпитер и Ио работы Корреджо; Леда и лебедь работы Тинторетто; и аналогичные картины Луки Джордано, Рубенса, Тициана и Франческини.

Даже в первые века христианской эры секта адамитов открыто практиковала половые сношения при свете дня на том основании, что то, что было правильным в темноте, не могло быть неправильным при свете. То же самое сообщается о секте Тюрлюпенгов во Франции в четырнадцатом веке. Мы не можем удержаться от того, чтобы подробно процитировать из

Ломброзо и Ферреро отрывок, касающийся эволюции сексуальных манер у женского пола (*Женщина как преступница и проститутка*): “На низших стадиях развития чувство скромности полностью отсутствует; неограниченная свобода в сексуальных контактах является общим правилом; и даже там, где не господствует система беспорядочных половых связей, брак скорее поощряет, чем препятствует проституции, особенно в странах, где мужья привыкли выставлять своих жен на продажу. Этот факт может быть соотнесен с хорошо известной похотливостью обезьян и других животных высокого уровня, демонстрируя, что сексуальная возбудимость возрастает *пропорционально* интеллекту, так что для человека так же невозможно, как и для обезьяны, удовлетворить свои сексуальные потребности с одной самкой. В то время как у обезьян один самец имеет несколько жен, в стадной жизни первобытного человека мы обнаруживаем, что общность жен заменила полигамию, каковой институт, однако, вновь появляется на более высокой ступени культуры в интересах более сильных мужских натур.

“За господством проституции как нормального института следует период, в течение которого она сохраняется как пережиток различных метаморфоз: долгом жены может быть передача своей личности любому другому мужчине из той же семьи; или женщина может быть обязана оказывать свои услуги религиозному или политическому лидеру, как в институте храмовой проституции, где жена должна отдавать себя, это может быть кому угодно и в любое время, или это может быть только определенным лицам и на установленных праздниках. Часто мы сталкиваемся с другим развитием проституции, обнаруживая, что, хотя жена должна оставаться целомудренной, незамужней женщине разрешается неограниченное половое сношение; или, опять же, жена в определенные периоды может отказаться от верности своему мужу и вернуться к примитивному состоянию беспорядочной половой жизни. В некоторых случаях проституция сочетается с обязанностями гостеприимства, и брак, хотя и приближается к моногамному идеалу, должен терпимо относиться к вторжению гостя в брачное ложе”.

“В третий период проституция больше не заменяет традиционное средство выживания, а является болезненным проявлением, ограниченным определенным классом общества. Но, преодолевая этот переход проституции от нормального проявления к болезненному, мы имеем замечательный феномен эстетической проституции. Так, в Индии и Японии приятный класс проституток практикует искусство пения и танцев и образует привилегированную касту; аналогично, в самый расцвет греческой культуры ведущие люди того времени образовали социальный круг вокруг гетер, от которых они черпали плодотворный стимул к интеллектуальной и политической деятельности. В этом отношении история повторилась в Италии в шестнадцатом веке. Как в классической Греции, так и в средневековой Италии, эта эстетическая проституция раздула пламя периода интенсивной духовной деятельности, поскольку у отдельных людей, как и у рас, интеллектуальное оживление всегда сопровождается эротической возбудимостью”.

Необузданная страсть примитивных рас человечества, принудительная любовь к красоте, испытываемая древними греками, нарастающий поток эротизма огромной массы людей всех времен постепенно направляются в спокойное русло брачного ложа; и хотя моногамный брак не способен полностью обеспечить все проявления сексуальной страсти, все же, с медицинской точки зрения, мы должны утверждать, что брак является для женщин самым гигиеничным и наиболее правильным средством удовлетворения сексуального влечения.

Зачатие.

Соединение яйцеклетки и сперматозоида, посредством которого осуществляется оплодотворение, у человека, по-видимому, происходит, как правило, во внешней трети фаллопиевой трубы, причем ампула этой структуры (*семенной сосуд в терминологии Генле*) служит для хранения спермы в течение значительного периода времени; у низших животных обычное оплодотворение происходит в этой области путем непосредственного наблюдения. Открытое устье трубы принимает зрелую яйцеклетку, направляемую туда из яичника соответствующими движениями фимбрий яичника; *Хенсен* наблюдал, как эти движения активно происходят у морской свинки. Оказавшись внутри трубы, дальнейшее движение плодного яйца осуществляется ресничками эпителия, выстилающего канал.

Он сформулировал теорию о том, что у человеческого вида оплодотворение возможно только в самом верхнем сегменте трубы; предположение, которое достаточно вероятно, но не может рассматриваться как определенно установленное. Аналогия, безусловно, существует среди низших подразделений животного царства, поскольку *Кост*, *Его* и *Ольшлегер* доказали, что яйцеклетка, которая проходит через фаллопиеву трубу без оплодотворения, претерпевает заметные изменения. Кроме того, *Кост* показал на примере яйцеклетки домашней птицы, что она больше не способна к оплодотворению после того, как прошла через верхний сегмент яйцевода. Однако другие авторитеты, а именно *Левенталь*, *Майрхофер* и *Вайдер*, выступают против распространения этого правила на человеческий вид. *Левенталь* предполагает, что у человеческой женщины оплодотворение обычно происходит в полости матки, в стенку которой уже внедрилась неоплодотворенная яйцеклетка; и он подкрепляет свое утверждение утверждением, что сперматозоиды нельзя обнаружить в фаллопиевых трубах или на поверхности яичников. *Майрхофер* и *Уайдер* указывают, что движение ресничек мерцательного эпителия происходит внутри матки в направлении вверх, а в фаллопиевых трубах - вниз, в направлении матки.

Утверждение *Левенталья* было опровергнуто *Берчем* и *Хиршфельдом*, которые у проститутки, умершей во время полового акта, обнаружили через пятнадцать часов после смерти живые сперматозоиды в фаллопиевых трубах. С другой стороны, более поздние исследования, например, *Хофмайера*, *Мандла* и *Бонна*, подтвердили приведенные выше данные относительно направления движения ресничек внутри половых путей. Более того, *О. Беккер* показал, что мерцательный эпителий труб распространяется на фимбрии и даже на прилегающий покровный эпителий брюшины; и он считает, что движение ресничек в этой области поддерживает постоянный ток, целью которого является продвижение плодного яйца в устье трубы, а оттуда вниз к матке. *Лоде* привел положительные экспериментальные доказательства возникновения такого движения перевода.

Общий результат анатомического исследования таков, что конъюгация яйцеклетки со сперматозоидом происходит в ампуле фаллопиевой трубы; но установлено, что оплодотворение может происходить и ниже по трубам, или в полости матки, или даже на поверхности яичника, т.е. в брюшной полости.

Многочисленными исследованиями на яйцеклетках других животных было показано, что оплодотворение зрелой яйцеклетки — созревание, происходящее в фолликуле яичника до его разрыва, — заключается в слиянии ядерного вещества самца и самки; и, по-видимому, из огромного количества сперматозоидов, оцениваемого *Лодом* в 226 миллионов за одну эякуляцию, которые попадают в женский половой канал, но только один проникает в яйцеклетку. К головке этого сперматозоида от поверхности яйцеклетки отходит отросток, сначала плоский, но становящийся все более и более заметным, пока не окружит головку и

не срастется с ней. Подвижный хвост сперматозоида исчезает, в то время как головка, которая теперь прошла через желточную оболочку и вошла в яйцеклетку, приобретает вид ядра и называется *мужским проядром*. Исходное ядро яйцеклетки предварительно подготовилось к оплодотворению путем выдавливания через желточную мембрану частей своего вещества (известных как *полярные шарики*) и теперь составляет *женское проядро*. К этому последнему, расположенному где-то около центра клетки, продолжает двигаться мужское проядро, а желточные гранулы тем временем располагаются вокруг него расходящимися линиями, образуя звездообразную фигуру. Вступив в контакт, два пронуклеуса полностью сливаются, образуя новое ядро, ядро теперь уже оплодотворенной яйцеклетки. Результатом оплодотворения является формирование первой *сферы сегментации*, из которой путем дальнейшего деления формируется новая особь. Так совершается то, что *Гиппократ* описывает словами: “Семя, которым обладают как мужчина, так и женщина, вытекает вместе из всех частей тела; плод образуется от слияния двух семян”.

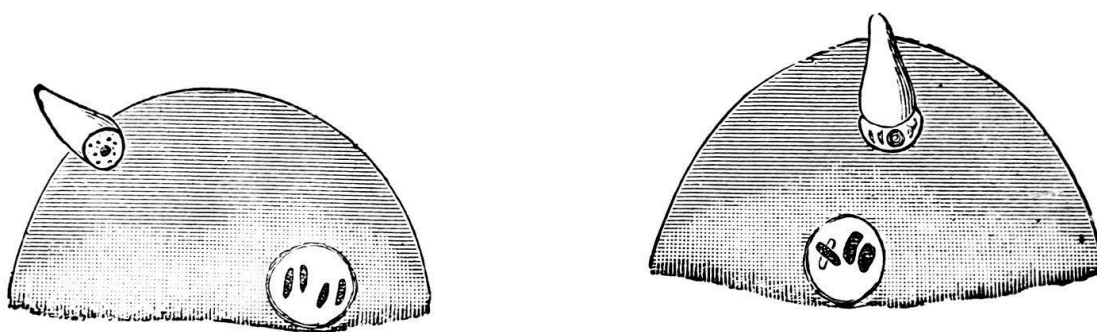


Рис. 55А.—Первый этап. Fig. 55В.—Second Stage.

Проникновение сперматозоида в яйцеклетку *ascaris megalocephala*. После препаратов М. Нуссбаума. (Изображена только половина яйцеклеток.)

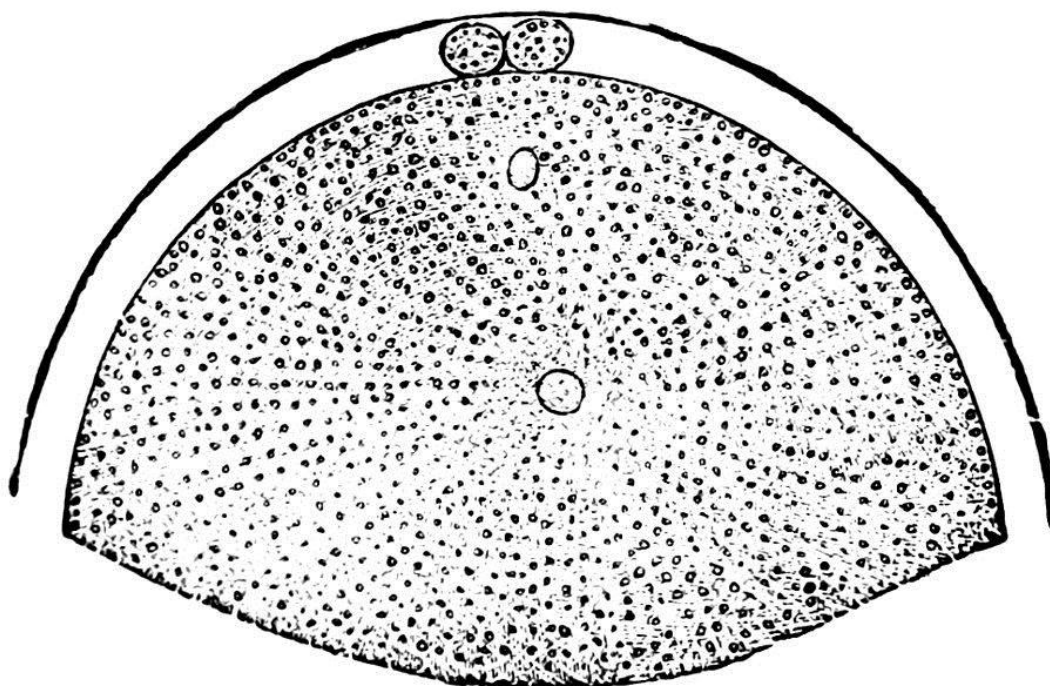


Рис. 56—Яйцеклетка Астеракантиона через десять минут после оплодотворения.

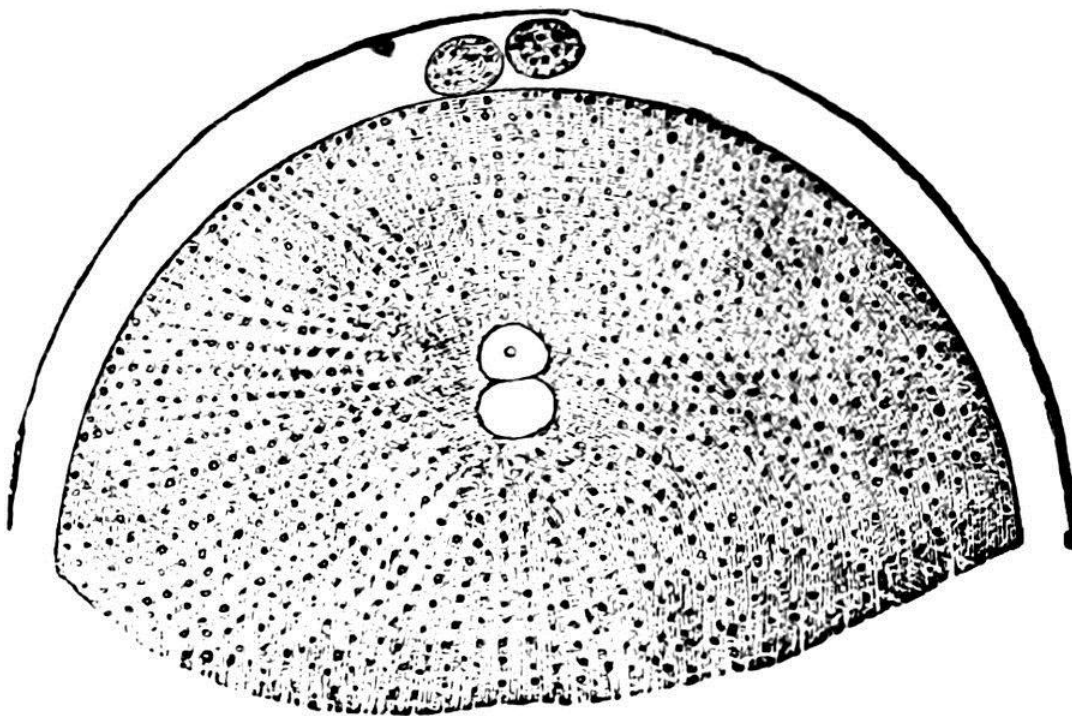


Рис. 57— Слияние мужского и женского гамет с образованием сегментированного ядра оплодотворенной яйцеклетки.

Наиболее благоприятным периодом для наступления оплодотворения, по-видимому, является период, когда половое сношение происходит через восемь-десять дней после прекращения менструации. В 248 случаях, когда дата плодотворного коитуса была точно известна, Хаслер установил, что в 82,5% во всех случаях зачатие произошло в течение четырнадцати дней, следующих за менструацией. В целом можно констатировать, что теория периодичности овуляции и причинно-следственной связи этого процесса с менструацией не была поколеблена результатами исследований, недавно проведенных противниками этой теории; следовательно, получается, что оплодотворенная яйцеклетка - это яйцеклетка последней завершенной менструации.

Уже в трудах древнеиндийского врача *Шушруты* мы находим выражение мнения о том, что период, который следует непосредственно за прекращением менструальных выделений, является наиболее благоприятным для зачатия. “Время зарождения, - говорит он, - наступает на двенадцатую ночь после начала менструации”. В еврейском *Талмуде* день перед началом менструации и дни, непосредственно следующие за прекращением месячных, указаны как наиболее благоприятные для наступления зачатия; более того, в *Талмуде*, несмотря на то, что половой акт во время менструации запрещен под страхом смерти и что коитус считается допустимым только по истечении двенадцати ясных дней после прекращения месячных, тем не менее утверждается, что половой акт во время менструации может привести к зачатию.

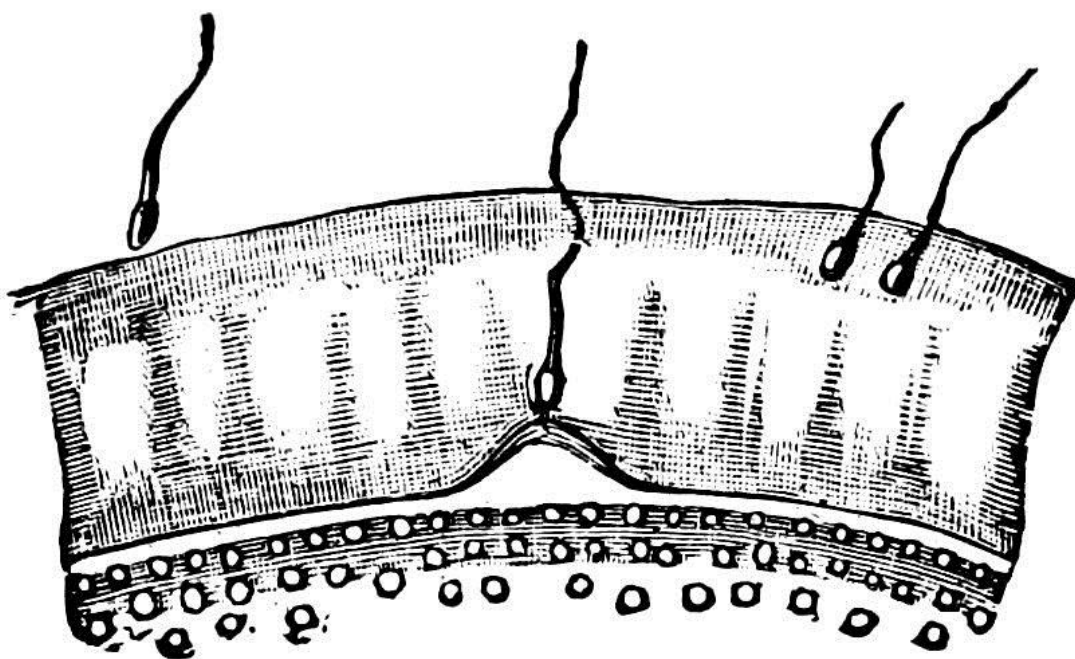


Рис. 58— Прохождение сперматозоида через прозрачную зону яйцеклетки астеракантиона.

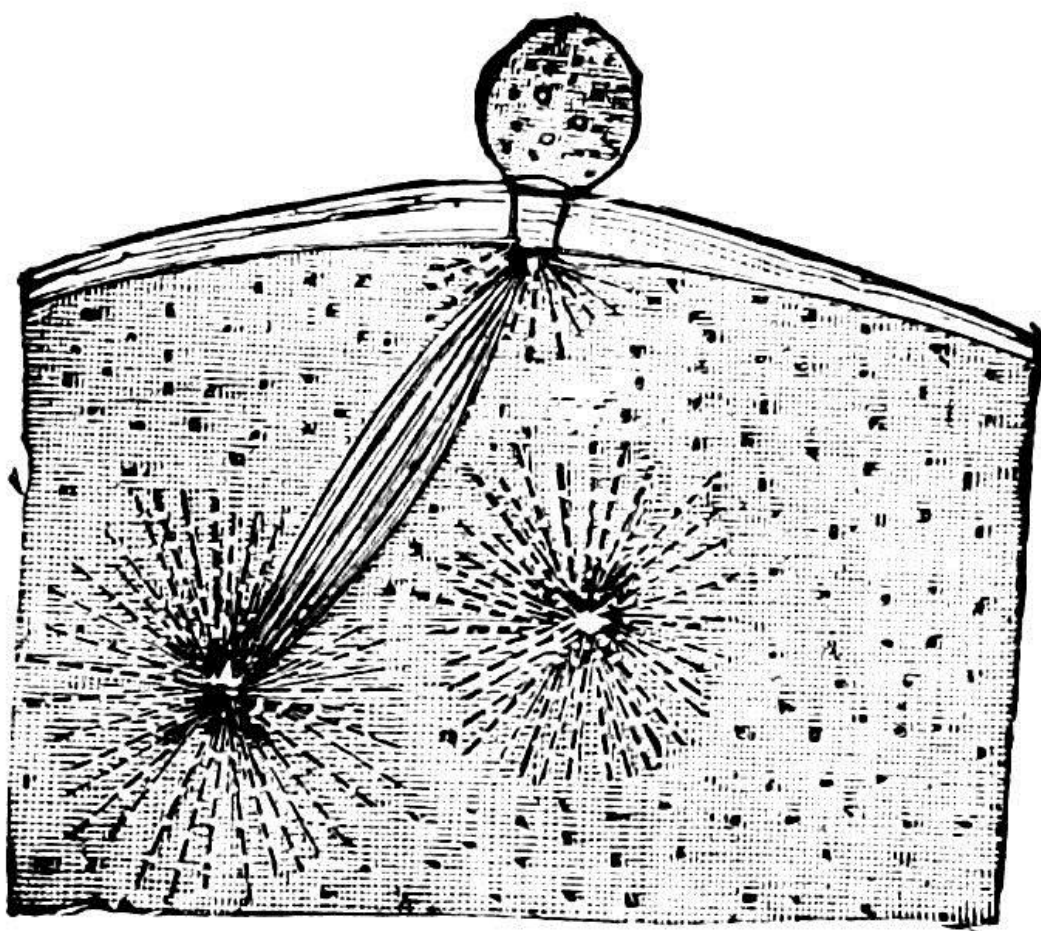


Рис. 59—яйцеклетка *Scophthalmus maximus* через тридцать пять минут после оплодотворения.

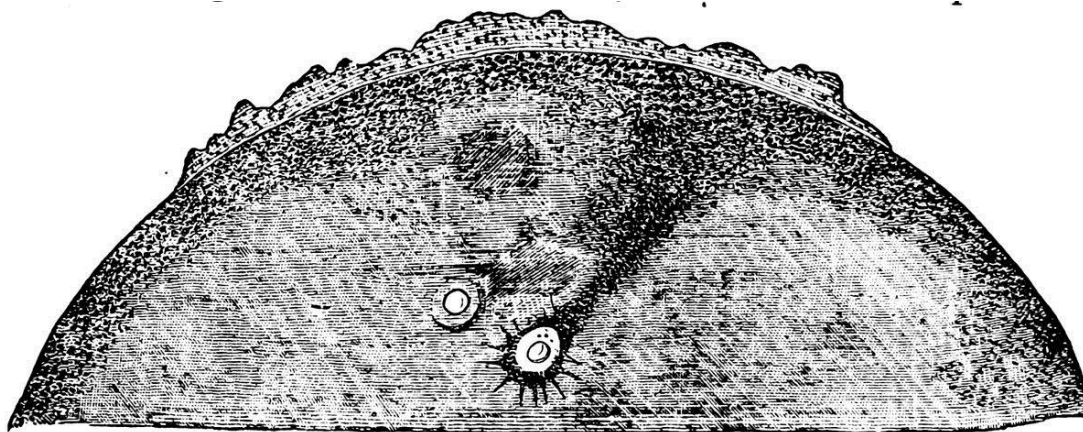


Рис. 60— мужское проядро и женское проядро в оплодотворенной яйцеклетке лягушки до образования сегментированного ядра.

Гиппократ пишет: *Что происходит сразу после менструации и очищения матки. Aristotle says: Plerasque post mensum fluxum nonnullas vero fluentibus adhuc menstruis. Galen writes: Hoc autem conceptionis tempus est vel incipientibus vel cessantibus menstruis.*

Соранус пишет о подобном: точно так же, как почва пригодна для приема семени только в определенное время года, так и у человеческой расы половой акт не всегда происходит в подходящее для приема семени время. Чтобы коитус был эффективным, он должен происходить в нужное время.... Половой акт, который должен привести к зачатию, лучше всего может произойти либо непосредственно перед менструацией, либо сразу после нее, когда, кроме того, есть сильное желание сексуальных объятий, и ни когда тело голодает, ни когда оно переполнено напитками и непереваренной пищей. Время перед менструацией, однако, неподходящее, поскольку тогда матка отекает от притока крови, и в действие вступят две противоречивые тенденции: одна - к всасыванию материала, а другая - к его оттоку. Во время менструации, опять же, зачатие маловероятно, ибо тогда семена смачиваются и вымываются в кровь. Единственное подходящее время - это сразу после родов, когда матка освободилась от своих выделений, а тепло и влага находятся в гармоничных отношениях.

Среди многих каст Индостана существует религиозное правило, согласно которому на четвертый день менструации мужчина должен вступать в половую связь со своей женой, "поскольку именно в этот день наиболее вероятно зачатие". Индийские врачи советуют, чтобы вызвать зачатие, "коитус всегда совершался сразу после прекращения менструации, в конце дня и когда лотос закроется". В Японии медицинское заключение гласит, что женщина способна к зачатию в течение первых десяти дней после менструации, но не позже (*Плосс и Бартельс*).

Мнение о том, что первые дни межменструального интервала наиболее благоприятны для наступления зачатия, дополнительно подтверждается статистическими данными, собранными *Левенфельдом, Ольфельдом, Хекером и Файтом*; и оказывается, что по мере приближения даты следующей менструации частота зачатий постоянно снижается; непосредственно перед началом менструации зачатие практически никогда не происходит. *Хенсен*, основываясь на записях о 248 зачатиях, в которых была точно известна дата плодотворного полового акта, делает следующие выводы:

1. Наибольшее количество зачатий происходит после полового акта, совершенного в первые дни после прекращения менструации.

2. Когда коитус осуществляется во время менструации, вероятность зачатия увеличивается день ото дня по мере приближения окончания менструации.
3. Количество зачатий после полового акта, совершенного незадолго до менструации, минимально.
4. Однако нет ни одного дня ни в менструальном цикле, ни в межменструальном интервале, в который можно было бы исключить возможность наступления зачатия.

Феоктитов составил на основе статистических данных идеальную "кривую зачатия", которая показывает, что зачатие наиболее легко наступает при половом акте, совершенном вскоре после окончания менструации, в первую неделю, то есть в межменструальный интервал; более того, кривая показывает, что самый высокий процент зачатий происходит в самый первый день после прекращения менструации, и что после этого дня процент зачатий снижается. Процент частоты зачатий от полового акта произведена в последний день месячных, и в первый, девятый, одиннадцатый и двадцать третий дни, соответственно, межменструальный интервал, выражается отношением 48:62:13:9:1; и между точками учитывая, ход кривой является почти прямолинейным. Вероятность наступления зачатия на двадцать третий день интервала (в этот день кривая достигает своей самой низкой точки) составляет одну шестьдесят вторую от максимальной вероятности.

Правильное выполнение полового акта зависит от *потенции* самца; достижение зачатия зависит от его *потенции вообще*. В *потенцию generandi* требует от человека функциональной компетенции яички, perviousness семенных проходов (а именно, из Vasa deferentia и мочеиспускательного канала), выделения из нормальной спермы, и, наконец, правильного формирования полового члена, в результате во время эякуляции сперма может оседать в достаточной близости от зева матки внутренней.

Нормальная сперма имеет белесый, полу-прозрачная жидкость, по консистенции, тонкой сливками. Он содержит скопления почти сферической формы, состоящие из стекловидного, прозрачного, бесцветного или светло-желтого, студенистого, эластичного вещества. Под микроскопом это вещество имеет гиалиновый вид, и внутри него обнаруживаются бесчисленные прозрачные пространства различного размера, которые, по-видимому, заполнены прозрачной жидкостью. Нередко эти промежутки чрезвычайно узки и при этом сильно вытянуты и расположены параллельно, так что все вещество, таким образом, приобретает исчерченный вид. При обработке водой этот материал становится беловатым и непрозрачным, а под микроскопом приобретает мелкозернистый вид. Когда этому веществу дают постоять без перемешивания в течение двадцати четырех часов, оно растворяется и настолько тесно смешивается с семенной жидкостью, что его уже невозможно четко отличить от нее. По всей вероятности, это просто продукт секреции семенных пузырьков.

По-настоящему жидкая часть спермы содержит следующие морфологические элементы:

1. Микроскопические скопления гиалинового вещества различной формы.
2. Очень многочисленные гранулы, мелкие и чрезвычайно бледные, белковые по своей природе, исчезающие при обработке уксусной кислотой.
3. Небольшое количество округлых или овальных клеток, размером примерно с лейкоциты, содержащих одно, а иногда и два маленьких круглых ядра.
4. Камни в предстательной железе. Они являются непостоянным компонентом, но очень часто встречаются после повторного полового акта. По мнению некоторых наблюдателей,

они происходят также из мочевого пузыря и уретры. Они отличаются желтоватым цветом, неправильной формой (иногда треугольной, иногда округлой или овальной) и характерной структурой. Они состоят из вещества, расположенного в виде концентрических пластинок, которые в центре имеют гранулированный вид; они часто имеют одно или несколько овальных ядер.

5. Сперматозоиды в бесчисленном количестве.

В исключительных случаях мы обнаруживаем в качестве дополнительных морфологических элементов, особенно у пожилых людей, рассеянные эритроциты, клетки цилиндрического эпителия и массы или гранулы желтого пигмента.

Длина сперматозоидов составляет около пятидесяти микрометров. У каждого можно различить две части: головку и хвост. Голова, длиной четыре или пять микрометров, уплощенная и отличается по кажущейся форме — хотя обычно более или менее грушевидной — в зависимости от того, видна ли она сбоку или на плоской поверхности.

Хвост, длина которого составляет около сорока пяти микрометров, сужается спереди назад. Считается, что тонкая задняя оконечность содержит сократительный элемент, так что именно от этой части зависят привычные движения сперматозоидов (рис. 61).

Сперматозоиды состоят из вещества, очень богатого хлоридом натрия, и обладают высокой устойчивостью к реагентам и гниению. Благодаря богатому содержанию минеральных компонентов зола при прокаливании сохраняет свою первоначальную форму.

Движение сперматозоидов можно должным образом наблюдать только в свежей, чистой сперме (рис. 62).

Если свежевыделенную сперму обработать водой, движения сперматозоидов очень скоро прекращаются, и их хвостики сворачиваются в спиральную форму.

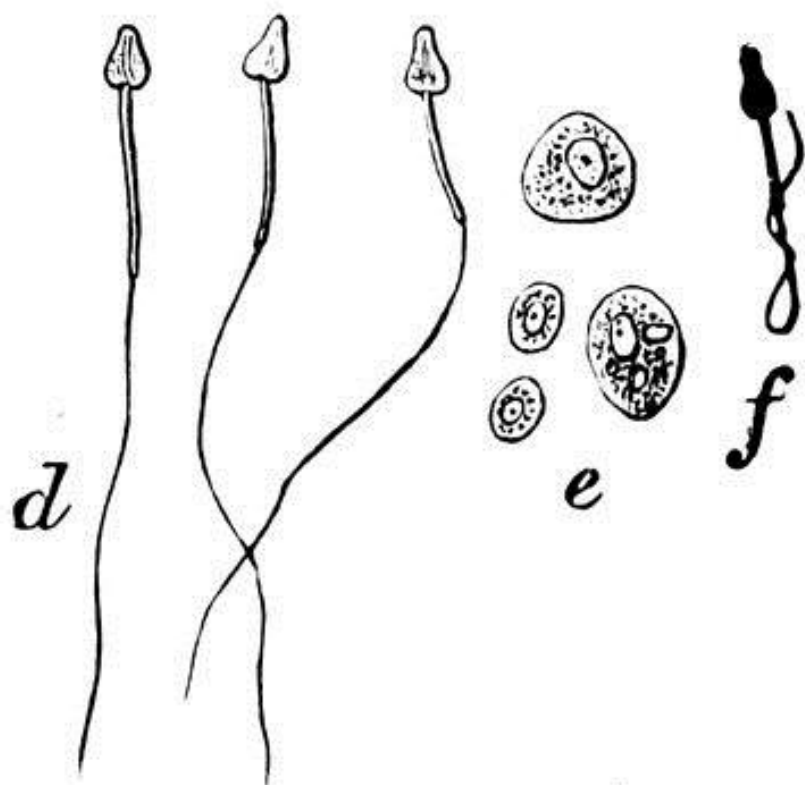
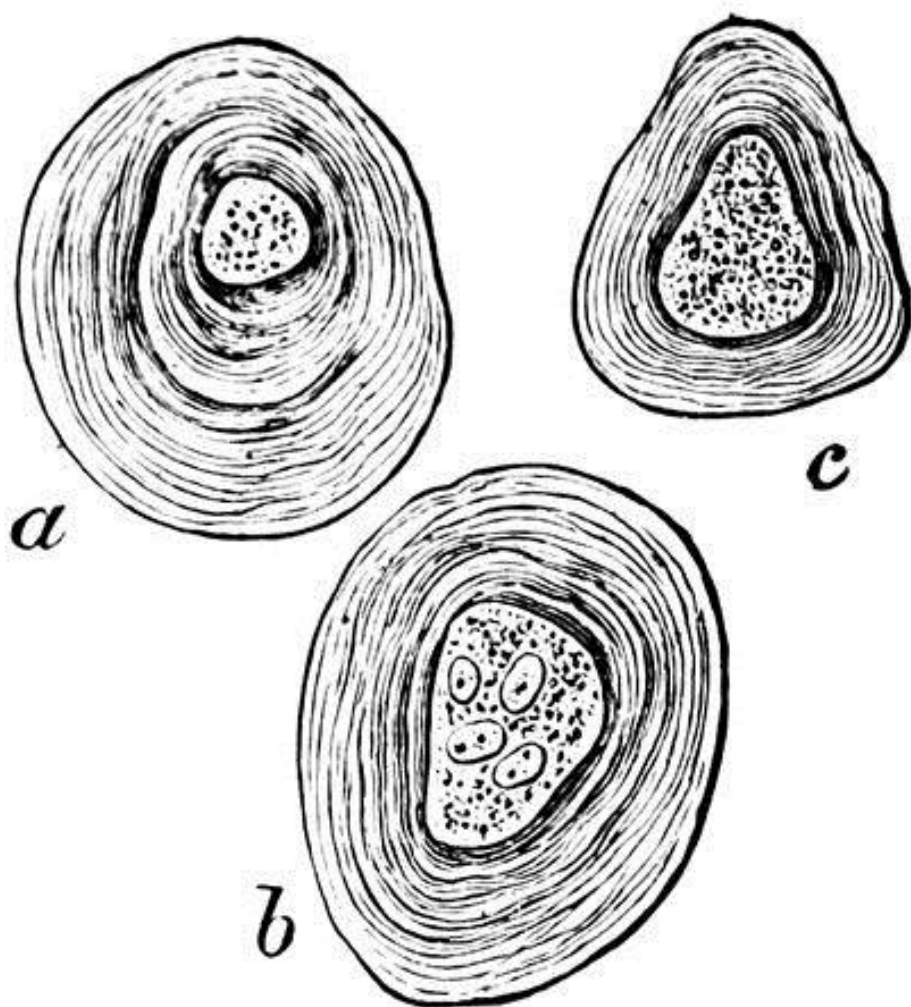
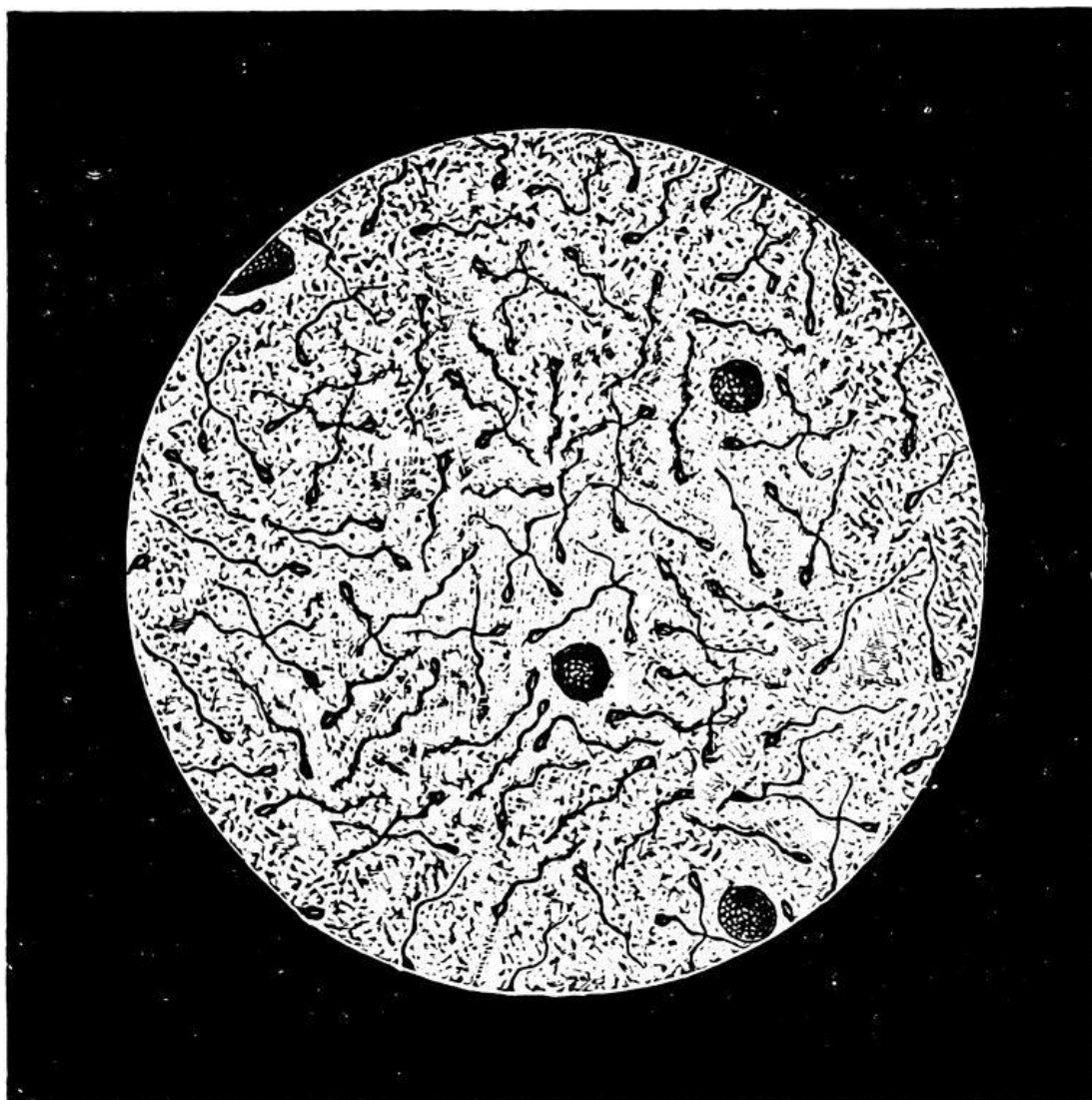


Рис. 61.—а. b. с. Камни предстательной железы из нормальной спермы. d. Сперматозоиды. е. Крупные и мелкие клетки, некоторые из которых содержат гранулы, как морфологические элементы спермы. f. Сперматозоид, искаженный впитыванием воды. g. Кристаллы. (После Бизозеро.)



На фиг. 62.—Нормальная сперма.

Если сперму не трогать в течение двадцати четырех часов или дольше, стекловидное тело растворяется в окружающей жидкости, и эта последняя разделяется на два слоя: верхний, который тоньше, и нижний, который толще и непрозрачнее. В первом морфологические элементы встречаются редко, в то время как во втором они в изобилии. В дополнение к уже описанным элементам мы часто находим две разновидности кристаллов. Одна из этих разновидностей, которая появляется только при далеко зашедшем разложении, состоит из фосфата магния аммония. Химический состав другой разновидности еще не определен. Эти кристаллы принадлежат к моноклинной системе, образуя призмы или пирамиды, часто с изогнутыми поверхностями; они бесцветные или светло-желтые; они лежат друг на друге, часто образуя красивые звездообразные фигуры. Они растворимы в минеральных и растительных кислотах, а также в аммиаке, но нерастворимы в спирте, эфире и хлороформе; они удивительно устойчивы к растворяющим свойствам холодной воды, но не к растворяющим свойствам кипятка. *Шрайнер* доказал, что эти кристаллы состоят из фосфата основания, которое представлено формулой C_2H_5N . Согласно *Фюрбрингеру*, эти

кристаллы образуются в результате воздействия спермы на секрецию предстательной железы.

Количество спермы, извергаемой во время полового акта, очень различно, в зависимости от возраста и размера индивидуума и формирования его яичек, от его индивидуальных сексуальных способностей и от вопроса, были ли ранее сексуальные излишества, с одной стороны, или длительное воздержание - с другой. Как правило, количество спермы, извергаемой за один раз, варьируется от 0,75 до 6 у.е. (от 10 до 100 минимальных порций).

Если в здоровой, нормальной спермы, адекватные подкормки потенции, надлежащим образом сохранены от холода и света, у нас может, даже по прошествии двадцати четырех часов, найти под микроскопом сперматозоиды до сих пор занимается активным движением. *Ульцманн* использует для описания капли свежей спермы сравнение, согласно которому она полна движения, "подобно разворошенному муравейнику". Под влиянием хлыстообразных взмахов хвоста сперматозоид неуклонно движется вперед, прокладывая себе путь через самые узкие проходы в микроскопическом поле, не задевая ни одной клеточной структуры, которая может оказаться на его пути. Чем больше спермы остается под наблюдением, тем менее активно они, эти движения сперматозоидов после эякуляции они постепенно умирают, выставляется после смерти расширенная, или в крайнем случае слегка изогнутый хвост; эти сперматозоиды, с другой стороны, которые были мертвы еще до семяизвержения, еще хвост спирально скрученные, свернутые или остро согнулись. В случае со сперматозоидами, которые были разрушены под действием какого-либо другого вредного секрета, например, мочи или кислого вагинального секрета, такое состояние хвостика наблюдается очень часто. Когда семена обрабатывают водой, движения сперматозоидов скоро перестанет, и концы их хвостов часто закатать в виде петли. Однако добавлением концентрированных растворов нейтральных солей, белка, мочевины и т.д. Можно оживить эти неподвижные сперматозоиды, так что они снова будут совершать активные движения. Умеренно концентрированные выделения животных щелочной реакции благоприятны для двигательной активности сперматозоидов, в то время как, с другой стороны, разбавленные и кислые выделения, такие как моча, кислая слизь (включая кислую вагинальную слизь) и катаральные выделения, даже при щелочной реакции, оказывают угнетающее влияние на эту активность. Едкий калий и едкая сода стимулируют движение сперматозоидов. Когда они охлаждаются до температуры ниже 15 ° C (59 ° F.), движения полностью прекращаются. Соли тяжелых металлов и минеральные кислоты в растворе также приостанавливают их движение. Частое повторение полового акта вызывает уменьшение количества и двигательной активности сперматозоидов.

Сперма не содержит сперматозоидов, или в которой сперматозоиды неподвижны, абсолютно лишенный оплодотворяющей силы; в случае такого спермы, нет никакой разницы в том, что наружные половые органы человека, производя его сильно, то его яички нормального размера, и эрекция, и эякуляция происходят в кратчайшие сроки. Очень мало значения, хотя и не абсолютно стерильны, сперма, содержащая очень мало живых сперматозоидов, или между очень много неподвижных сперматозоидов, содержащих несколько только что занимаются активным движением. Подозреваю, это Семен, который не обладает обычный свет серовато-белый оттенок, а коричневатого-красного, коричневатого-желтый, желтый или фиолетовый; эти вариации в цвете с указанием смеси с сперма разного количества крови или гноя, в следствие заболевания мочеиспускательного канала, предстательной железы, семенных пузырьков, или какой-либо другой части urogenetic системы; таким примесям, серьезно ухудшают качество спермы. Неблагоприятное суждение также должно быть вынесено в отношении спермы, которая при каждой последующей

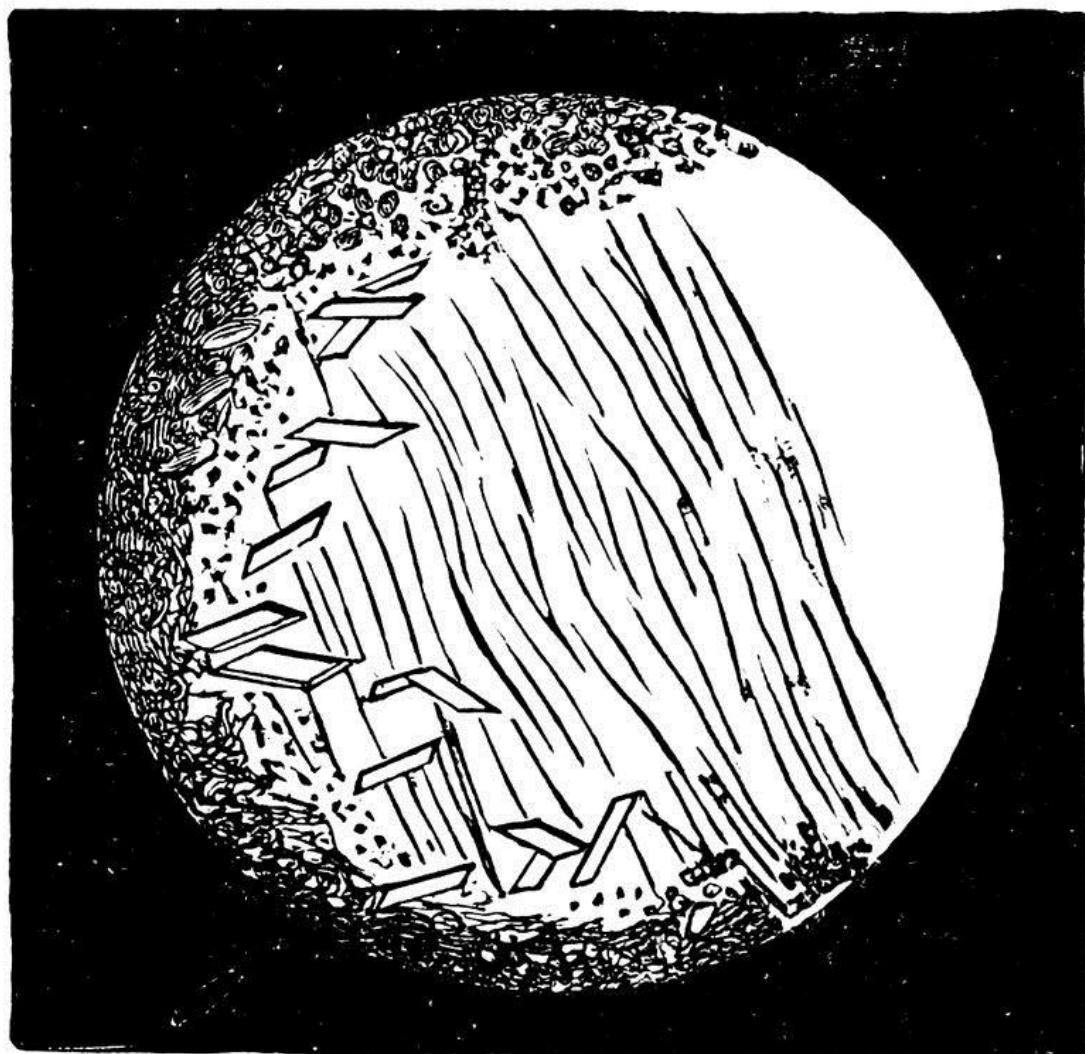
эякуляции выделяется лишь в очень небольших количествах — от половины драхмы до драхмы. При таком скудном количестве спермы часто обнаруживается исключительно большая доля мертвых сперматозоидов. Мы можем рассматривать очень положительно спермы, которая утрачивает силу в количествах, значительно превышающих средний; иногда, когда есть настоящий *polyspermia*, там может быть за унцию или выше, более чем в три раза столько, сколько нормальный—при условии, конечно, что это Семен так богато аннулированные имеет удовлетворительное качество, а также содержит значительный процент активных сперматозоидов. Наиболее ценное свойство спермы проявляется, когда содержащиеся в ней сперматозоиды не только очень многочисленны и энергично активны, но и очень долгоживы, то есть когда они сохраняют способность к активному движению иногда до трех дней. Решающее заключение относительно качества спермы мужчины может быть вынесено только в результате точных и повторных микроскопических исследований, и врач должен быть предельно осторожен, если при своем первом осмотре он не смог обнаружить никаких живых сперматозоидов, чтобы воздержаться от вынесения, только по этой причине, неблагоприятного решения — от вынесения смертного приговора репродуктивной способности мужчины.

До сих пор точно не определено, как долго сперматозоиды могут продолжать жить внутри матки, хотя этот момент имеет большое значение не только в отношении зачатия, но и в отношении теории менструации. *Перси* опубликовал случай, в котором через восемь с половиной дней после последнего полового акта он увидел, как живые сперматозоиды выходят из наружного отверстия матки. *Симс* основывает на своих собственных исследованиях решающее мнение о том, что во влагалищной слизи сперматозоиды никогда не могут выжить дольше двенадцати часов, но утверждает, что в слизи канала шейки матки они могут прожить гораздо дольше. Если через тридцать шесть-сорок часов после коитуса мы исследуем цервикальную слизь под микроскопом, то обычно обнаруживаем живые и мертвые сперматозоиды примерно в равном количестве. Многие из живых особей переживут удаление из шейки матки на целых шесть часов дольше.

Особый интерес представляют состояния, которые могут лишить мужчину способности производить оплодотворяющую сперму. В первую очередь следует упомянуть врожденное отсутствие обоих яичек — состояние, которое у нормально сформированных в остальном особей мужского пола встречается крайне редко. Врожденное отсутствие *одного* яичка встречается реже и обычно сопровождается отсутствием также придатка яичка, семявыносящего протока и семенного пузырька с той же стороны. Потенциальная беременность монорхиды зависит от правильного развития его единственного яичка, и функциональная способность этого органа должна быть подтверждена путем тщательного микроскопического исследования его спермы. Гораздо более частым, чем отсутствие яичка, хотя все еще достаточно редким, является состояние крипторхизма, непускания одного или обоих яичек, состояние, не обязательно связанное с функциональной неспособностью органа. Однако чаще всего неопущенное яичко - это несовершенно развитое яичко, и в подавляющем большинстве случаев эякулирующая жидкость не содержит сперматозоидов.

Еще одной причиной отсутствия мощной спермы является атрофия яичек с заметным уменьшением размеров желез и более или менее полным исчезновением семенных канальцев и их клеточного содержимого. Это состояние редко бывает врожденным, почти всегда приобретенным: в результате воспалительных состояний, поражающих собственно яичко или придаток яичка (особенно сифилитическое воспаление, склонное приводить к чрезмерному разрастанию интерстициальной соединительной ткани и постепенному разрушению под давлением семенных канальцев)^[46]; или вследствие давления грыжи,

варикоцеле, гидроцеле или туберкулезного, карциноматозного или другого новообразования; или вследствие конституциональных нарушений, особенно длительных, тяжелых и изматывающих заболеваний, таких как дифтерия, диабет или хронический алкоголизм; вследствие заболеваний, поражающих эту часть тела. центральная нервная система, из которой выходят нервы, питающие половые органы; вследствие дегенеративных изменений, возникающих в результате половых излишеств; или, наконец, вследствие старческих изменений, таких как жировые изменения в клетках семенных канальцев. Некоторые лекарственные средства, такие как дигиталис, салициловая кислота, ртуть, йодид калия, мышьяк и морфин, также оказывают неблагоприятное влияние как на качество секрета яичек, так и на потенцию человека. *Фон Гюрковечки* сообщает, что в Боснии растение, известное как “невен”, используется крестьянами для временного подавления сексуальной потенции, жены дают его своим мужьям, когда последние собираются покинуть их и отправиться в путешествие, и посыпают листьями растения нижнее белье.



На фиг. 63—Семен, состоящего в основном из спермы-кристаллы, цилиндрический эпителий и мелкие гранулы показывать движение молекул,—но содержащее *нет* сперматозоидов.

Названием азооспермия обозначается состояние, существование которого можно определить только при микроскопическом исследовании.

У субъекта этого заболевания нормальная совместная потенция, семя извергается совершенно нормальным образом, и дефектным является только его строение. На вид он чрезвычайно жидкий и несколько мутноватый; его осадок содержит молекулярный детрит и кристаллы спермы, но не содержит сперматозоидов (рис. 63). Если врач возьмет за правило во всех случаях, когда к нему обращаются по поводу бесплодия, решать, насколько это бесплодие зависит от состояния мужа, не ограничиваться исключительно обычными вопросами, регулярно ли практикуются половые сношения, до или после менструации и т.д. — Но если в каждом случае он будет тщательно исследовать сперму под микроскопом, он будет поражен, узнав, с какой сравнительной частотой он будет отмечать полное или почти полное отсутствие сперматозоидов. Это состояние азооспермии может быть постоянным или преходящим.

Чтобы Керер принадлежит заслуга того, указал, что стерильность менее часто из-за импотенции или aspermatism чем азооспермия—состояние, часто не подозревают муж и жена, и один, чтобы быть диагностированы врачом, только после того, микроскопические исследования спермы. Действительно, по этой причине его существование часто упускается из виду. Керер считает себя вправе утверждать, что четверть всех случаев бесплодия (если не больше) следует относить к заболеваниям, поражающим мужа, и чаще всего к азооспермии; отсюда он приходит к выводу, что мужа все же чаще следует считать виновным в возникновении бесплодия, если иметь в виду случаи, когда мужчина женится с неполностью излеченной гонореей и заражает свою жену, приводя к хронической трубно-маточной бленноре, и, в конечном итоге, к герметизация пробирок и обеспечение стерильности.

Полное отсутствие или выраженный дефицит сперматозоидов в сперме может наблюдаться также без каких-либо изменений в яичке, которые могут быть обнаружены при внешнем осмотре, как следствие ушибов яичка или гонорейного воспаления придатка яичка или семявыносящего протока; в дальнейшем как следствие тяжелых общих заболеваний, длительных физических нагрузок или чрезмерной сексуальной активности.

В некоторых случаях микроскопическое исследование выявляет не азооспермию, а олигозооспермию, то есть количество живых сперматозоидов в сперме удивительно мало. Или, опять же, аномалия может быть такого характера, что сперматозоиды меньше нормы, что они неподвижны и что их хвостики обломаны — таковы, как правило, особенности спермы пожилых мужчин.

Менее распространенным заболеванием, чем азооспермия, но патологическое значение которого столь же велико, является асперматизм, при котором мужчина ни во время коитуса, ни при какой-либо другой форме сексуального возбуждения не способен извергать сперму. Это состояние может быть врожденным или приобретенным; оно может быть постоянным или преходящим (длящимся несколько недель или месяцев). В этих случаях мы имеем дело с органическими изменениями в яичках, заболеваниями предстательной железы, гонорейными процессами или нервными расстройствами, приводящими к потере раздражительности в рефлекторном центре семяизвержения. Aspermatism в более узком смысле этот термин, а состояние, то есть, при котором происходит полное приостановление деятельности всех трех желез, которые объединяются, чтобы выделять составные жидкости, известное как семя, а именно, яичка, предстательной железы и семенных пузырьков—это, по Fürbringer, наверное, не существует. Патологическое состояние, лежащее в основе асперматизма, скорее всего, заключается не в неспособности выделять сперму, а в неспособности к ее эякуляции.

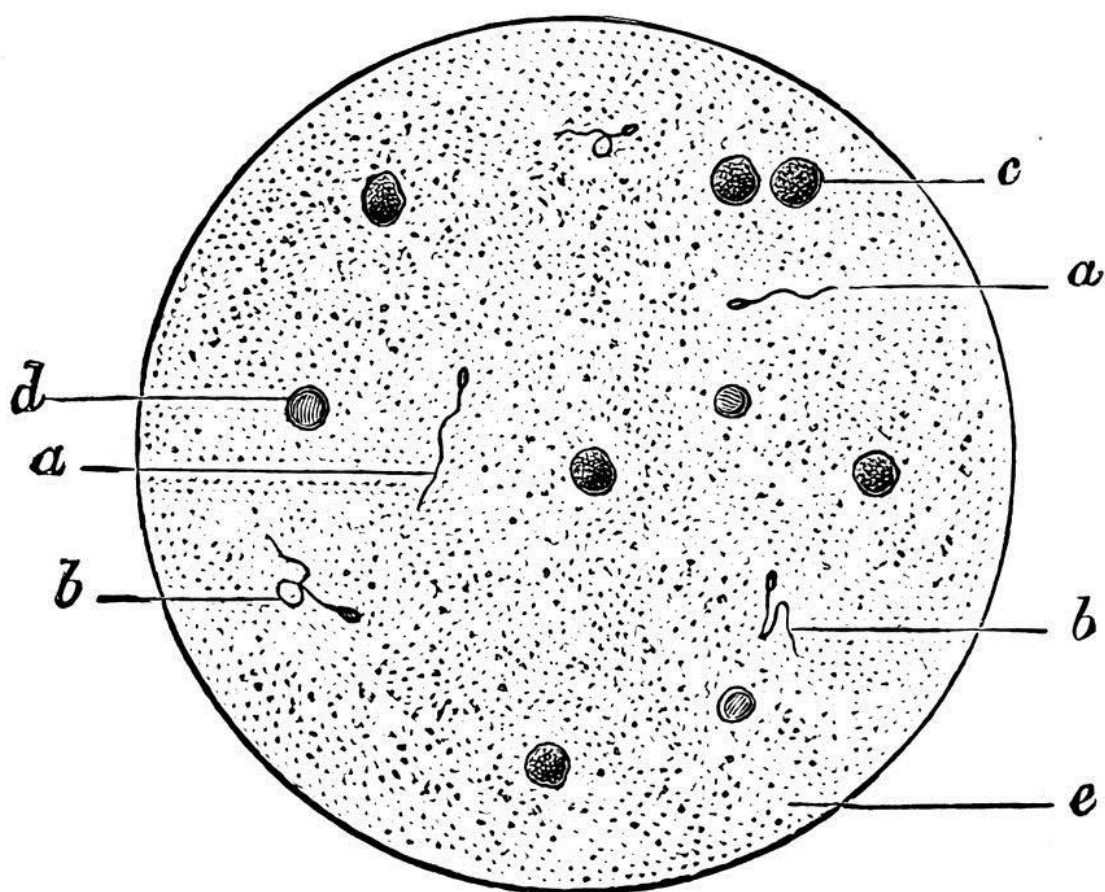


Рис. 64.—Олигозооспермия. а. Живые сперматозоиды, б. Мертвые сперматозоиды, с. Гнойные тельца, d. эритроциты, е. Семенные гранулы.

Наконец, мы должны поговорить о зачатии без совокупления, об искусственном оплодотворении. Вследствие механических препятствий, которые во многих случаях препятствуют проникновению спермы внутрь матки, возникла идея ввести сперму с помощью инструментов непосредственно в канал шейки матки, отказавшись от естественного акта совокупления. Давным-давно накопленный опыт в искусственном разведении рыб, без сомнения, породил эту идею. *Спалланцани* и *Росси* с помощью шприца ввели сперму собаки во влагалище суки, в результате процедуры произошло оплодотворение. *Жиро*, по-видимому, был первым,^[47] в 1838 году искусственно ввел сперму в матку человека, если не принимать во внимание эксперимент *Лесера*, который ввел тампон, смоченный спермой, внутрь влагалища. Процедура, применяемая к *Жиро* - так описывали: пациента помещают в положение обычно используется для гинекологического осмотра, полый иглы, напоминающие мужской катетер с глаз в точку, и с воронкообразное расширение на противоположном конце, вводится в матку, этот документ предварительно был подготовлен увлажняя его внутреннюю слизь и наполняя его спермой; путем инсуффляции, сперма сейчас вытесняется в полость матки. Утверждается, что ни маточные колики, ни какие-либо другие опасные симптомы никогда не вызывались этой процедурой. Эксперименты проводились в разные периоды между 1838 и 1861 годами; их было десять, и из них восемь оказались успешными, два неудачными. В десяти случаях общее количество сделанных вдохов составило двадцать одно — минимальное количество в каждом отдельном случае равно одному, максимальное - пяти. В одном случае инсуффляция была произведена сразу после прекращения менструации; в большинстве случаев от одного до четырех дней после прекращения менструации; в одном случае через двенадцать дней, в одном случае через двадцать три дня после прекращения кровотечения. *Готье* вместо инсуффляции

использовал инъекции спермы, используя по две инъекции в каждом случае, одну непосредственно перед ожидаемой менструацией, другую через день или два после прекращения выделения. *Марион Симс* в двадцати семи случаях пыталась вызвать зачатие путем введения спермы в матку; только в одном из этих случаев был достигнут желаемый результат. В этом последнем случае пациентке было двадцать восемь лет, она была замужем девять лет, но осталась бесплодной. На протяжении всей своей менструальной жизни она в большей или меньшей степени страдала от дисменореи, часто сопровождавшейся серьезными конституциональными нарушениями, такими как обморок, рвота и головная боль. Местное обследование выявило наличие ретроверсии матки с гипертрофией задней стенки, уплотненную коническую шейку матки со стриктурой цервикального канала, особенно в области внутреннего отверстия матки. Кроме того, чтобы все эти механические препятствия для зачатия, выяснилось, что Семен никогда не был сохранен во влагалище после полового акта. *Симс* осмотрел пациентку сразу же после совершения коитуса, но не обнаружил ни единой капли спермы во влагалище, несмотря на тот факт, что эта жидкость извергалась в изобилии. *Первой заботой Сима* было произвести репозицию матки и сохранить орган на его надлежащем месте путем установки подходящего pessaria. Затем были предприняты инъекции спермы, которые продолжались в течение почти двенадцати месяцев. В двух случаях инъекция была произведена непосредственно перед началом менструации; в восьми случаях она была произведена в разное время (от двух до семи дней) после прекращения менструации. Сначала было введено три капли спермы, но позже только половина капли. Сперма (впервые эякулировал во влагалище во время обычной половой акт) вводили с помощью стеклянного шприца, который хранился в сосуде с теплой водой при температуре 98° C. Поскольку при удалении прибора от воды и ее вставление в вагину, некоторое падение температуры обязательно происходит во влагалище, *Симс* допускает шприц, чтобы оставаться на несколько минут во влагалище, прежде чем он обратил сперму в ее для того, чтобы он мог быть уверены, что шприц и влагалище восстановила температуру наиболее приспособлены к жизнедеятельности сперматозоидов. Затем наконечник шприца осторожно вводили в канал шейки матки, и половина капли спермы медленно вводилась в полость матки. В течение двух или трех часов после операции пациентка спокойно лежала в постели. После десятого эксперимента произошло зачатие — первый зарегистрированный случай искусственного оплодотворения у человеческого вида.

С полным правом, однако, этот случай с *Симсом* не рассматривался как окончательный, поскольку как до, так и после инъекции был осуществлен обычный коитус, и поэтому невозможно определить, был ли оплодотворяющий сперматозоид одним из тех, которые были введены с помощью шприца, или в предшествующем или последующем коитусе — особенно с учетом того факта, что путем введения pessaria *Симс* перед проведением инъекций вернул матку в положение, более подходящее для зачатия естественным путем.

В случае, который априори казался чрезвычайно хорошо приспособлен для выполнения искусственного оплодотворения, одно из отмеченных гипоспадии у человека, чья сперма была обильной и содержит большое количество активно подвижных сперматозоидов, я увидел этот эксперимент удастся, несмотря на все возможные меры предосторожности при ее исполнении. Фактически, мне не известно ни одного убедительного примера успешного искусственного оплодотворения у человеческого вида, хотя я видел сообщения о многочисленных неприятных и даже опасных результатах попыток осуществить его. Как параметрит и периметрит произошли в таких случаях; и Семен, будучи материал в состоянии наиболее интенсивного движения молекул, можно рассматривать как чрезвычайно обязан вредные преобразования.

Процедура Сима была изменена другими гинекологами. Таким образом, *внутренним двором* и по плану было то, что во время полового акта сперма должна быть собрана в презерватив, сторона не слишком близко, из которого сосуд был составлен в шприц и аккуратно вводится в цервикальный канал. *Пажо* по плану было, что Семен должен быть эякулировал во влагалище в естественном половом акте, и оттуда должна быть запрессована в полость матки при помощи поршневого как инструмент вводится во влагалище.

В Лондоне *Харли* часто проводила эксперимент по введению спермы в полость матки, но во всех случаях без какого-либо результата.

П. Мюллер в двух случаях из-за крайнего переднего сгибания матки провел этот эксперимент. Хотя общие условия были в обоих случаях чрезвычайно благоприятными, ни в том, ни в другом случае не было никакого результата. Следует, однако, упомянуть, что только в одном из его случаев было проведено какое-либо предварительное исследование спермы под микроскопом.

Фрич сообщает о случае, в котором гонорейный секрет вводился вместо спермы. Результатом стал перитонит, который в течение месяца угрожал жизни.

В Париже *Лютто* искренне выступает за искусственное оплодотворение в случаях стерильности, когда все другие средства не помогают. Очевидно, что было бы бесполезно применять эту меру после наступления менопаузы или у женщин, у которых менструальная активность прекратилась преждевременно, с одновременным исчезновением всех менструальных выделений. Столь же бесполезен он был бы при атрофии матки и в случаях неизлечимого порока развития женских половых органов. Дополнительные противопоказания, согласно *Лютто*, предлагает хронический тазовый перитонит, поскольку здесь из-за облитерации просвета фаллопиевых труб операция заранее обречена на неудачу. Хронические воспалительные состояния матки и ее слизистой оболочки также сделают попытку бесполезной. Более того, это условие необходимо для успеха, что сперма будет использована должны быть исследованы микроскопически и должны были найдены, чтобы быть полностью здоровым. Операция имеет наибольшие шансы на успех, если проводится за три-два дня до наступления срока менструации. Используется метод *Sims*. Если после первой попытки должна начаться положенная менструация, инъекцию следует повторить через неделю после прекращения кровотечения; однако попытку не следует повторять более шести раз в общей сложности, поскольку вероятность успеха быстро уменьшается с каждой последующей попыткой. Перед проведением операции необходимо определить проницаемость цервикального канала. Далее, для того чтобы сперматозоиды были помещены в условия, при которых у них будут наилучшие шансы на выживание, используется слабый щелочной раствор, например, 1-процентный. бикарбоната калия следует в качестве предварительной меры ввести во влагалище.

Лютто так описывает процедуру, которую он использует. Сразу после того, как женщина вступила в половую связь со своим мужем, во влагалище вводится зеркало Фергюссона, при этом пациентка остается в области prone на спине. Как зеркало передает, гарантийный царапин на поверхности влагалища, а это означает, что сперма накапливается в непосредственной близости от шейки матки. Семен, составленный в *Правац* шприца или аналогичного инструмента, такого как катетер матки вооруженных одним концом с резиновым мячом. Затем жидкость осторожно вводится в канал шейки матки или, предпочтительно, в полость матки, при этом соблюдается большая осторожность, чтобы никоим образом не повредить слизистую оболочку, поскольку малейшее кровотечение может свести на нет всю процедуру. Наконец, небольшой тампон из впитывающей ваты

вводится во внешнее отверстие матки. В течение нескольких часов женщина должна спокойно лежать в постели; тампон не вынимают в течение десяти часов. Что касается результатов, *Лютто* сообщает нам, что он таким образом вылечил двадцать шесть пациентов. В двадцати двух из них неудача была полной; в одном случае успех был частичным - пациентка забеременела, но аборт произошел через две недели; в другом случае аборт произошел после трех месяцев беременности; наконец, в двух случаях успех был полным.

Показаниями к применению искусственного оплодотворения являются: во-первых, наличие стеноза в верхней части цервикального канала, особенно стеноза вследствие сгибания, при условии, конечно, что другие меры противопоказаны или были безрезультатно применены; во-вторых, вредный характер секрета цервикального канала; в-третьих, крайние случаи гипоспадии у мужчин. *Хаусманн* рекомендует применять искусственное оплодотворение в случаях, когда обнаружено, что сперматозоиды попадают в канал шейки матки, но не проходят через внутреннее отверстие матки. Хотя теоретически искусственная пропитка является разумной мерой, на практике установить показания к ее эффективности отнюдь не просто. Ибо в случаях, когда существует какое-либо механическое препятствие контакту сперматозоида с яйцеклеткой (и только в таких случаях этот метод искусственного оплодотворения может быть надлежащим образом использован), часто чрезвычайно трудно, а может быть даже совершенно невозможно, исключить возможность какого-либо сбоя в самой овуляции или созревании яйцеклетки; или, опять же, стерильность может зависеть не от того факта, что ни одна яйцеклетка не оплодотворяется, а от того факта, что при оплодотворении им всегда по какой-то причине не удается обнаружить яйцеклетку. место покоя в матке; одним словом, в любом случае, когда кажется, что бесплодие вызвано механическими препятствиями к зачатию, на самом деле оно может быть вызвано каким-то другим заболеванием, которое ускользнуло от распознавания, каким-то органическим заболеванием матки, труб, яичников, околоушных тканей.

Наконец, следует помнить, что эта манипуляция далека от простоты в своем исполнении. Прежде всего, семена должны быть подвергнуты самому строгому микроскопическому исследованию в отношении ее оплодотворяющей способности. Но это исследование не может быть проведено в случае спермы, которая фактически использовалась для попытки искусственного оплодотворения; оно может быть проведено только с более ранним образцом, взятым у того же мужчины. Если сперма содержит живые сперматозоиды, или очень мало и только эти вялый в движениях, еще более, если она содержит гной или тельца гонококков, все идеи его применения для искусственного оплодотворения должны быть отвергнуты.

Метод, применяемый к *персонажам*, в котором семя втягивается в шприц вводится во влагалище после соития, является тот, который я не могу рекомендовать, потому что таким образом вместе с Семеном вагинальной слизи составляется, таким образом, вместо чистого семени, мы введем во влагалище спермы, смешанный с различными примесями, и особенно с секрецию кислоты известно, неблагоприятные для жизни сперматозоидов— обстоятельство, которое, несомненно, объяснить многие неудачи, которые до сих пор происходили. Это, конечно, лучше, что сперму мужа должны быть собраны в резиновый презерватив. Сохранение материала для инъекции при подходящей температуре (нормальной температуре тела) ни в коем случае не является легкой задачей. Шприц, обычный маточный шприц Braun, сначала дезинфицируется, а затем остается готовым в воде соответствующей температуры. Семен стремительно составлен в шприц, наконечник, который затем передается вниз дна матки. Будет достаточно совсем небольшого количества спермы. После манипуляции, которую, конечно, следует проводить в наиболее

благоприятное для зачатия время, сразу после менструации, женщина должна несколько часов спокойно полежать в постели.

Рассматривая вероятность успешного исхода любой такой попытки обеспечить искусственное оплодотворение, мы не можем не учитывать вероятность того, что на этот результат может повлиять отсутствие нормальных сексуальных чувств со стороны жены; однако относительно значения таких чувств по отношению к половому акту у нас пока нет определенных знаний.

Неоспоримо, что эта процедура искусственного оплодотворения крайне неприятна всем, кого это касается, не исключая врача, и что против нее могут быть выдвинуты различные моральные и социальные соображения. Действительно, зафиксировано, что в Бордо к врачу, который взялся произвести искусственное оплодотворение, было применено законное наказание. Общество юристов-медиков обсудило этот вопрос и пришло к выводу, что, хотя врач не имел права рекомендовать эту практику, он также не имел права отказываться от нее по просьбе своих пациентов. В Париже кандидат на степень доктора медицины сделал искусственное оплодотворение предметом своей диссертации и утверждал, что его практика, осуществляемая со всеми надлежащими социальными мерами предосторожности и в соответствии с научными принципами, возможна, разумна, полезна и моральна, и что во многих случаях она должна быть рекомендована врачом. После долгих и бурных дебатов медицинский факультет решил отклонить тезис и уничтожить все его уже напечатанные экземпляры на том основании, что “они опасались, что, если они дадут свое разрешение на практику, ряд более или менее недобросовестных врачей сделают это разрешение основой ненадлежащей практики, опасной как для семьи, так и для государства, поскольку рассматриваемый оперативный метод, вероятно, будет охотно использован всем племенем медицинских шарлатанов”. Это веское заявление, по-видимому, является достаточным основанием для отказа от искусственного оплодотворения как обычной практики; тем не менее, могут встречаться очень исключительные случаи, когда оно может быть использовано в качестве окончательного убежища.

Патология совокупления.

Акту совокупления могут помешать или полностью предотвратить патологические состояния, влияющие на половые пути женщины, а также нарушения нервной системы — естественно, также любые отклонения, влияющие на поведение партнера-мужчины во время акта.

Аномалии девственной плевы, такие как чрезмерная прочность и ригидность, делающие орган чрезмерно стойким, нередко являются препятствием для полового акта, которое иногда не удается преодолеть даже после многих лет супружеской жизни; такому положению дел могут способствовать невежество супружеской пары в отношении надлежащего метода полового акта, отсутствие достаточной сексуальной силы у мужчины или воспаление ладьевидной ямки, вызванное неумелыми попытками проникновения, а также чрезмерная пассивность партнерши.

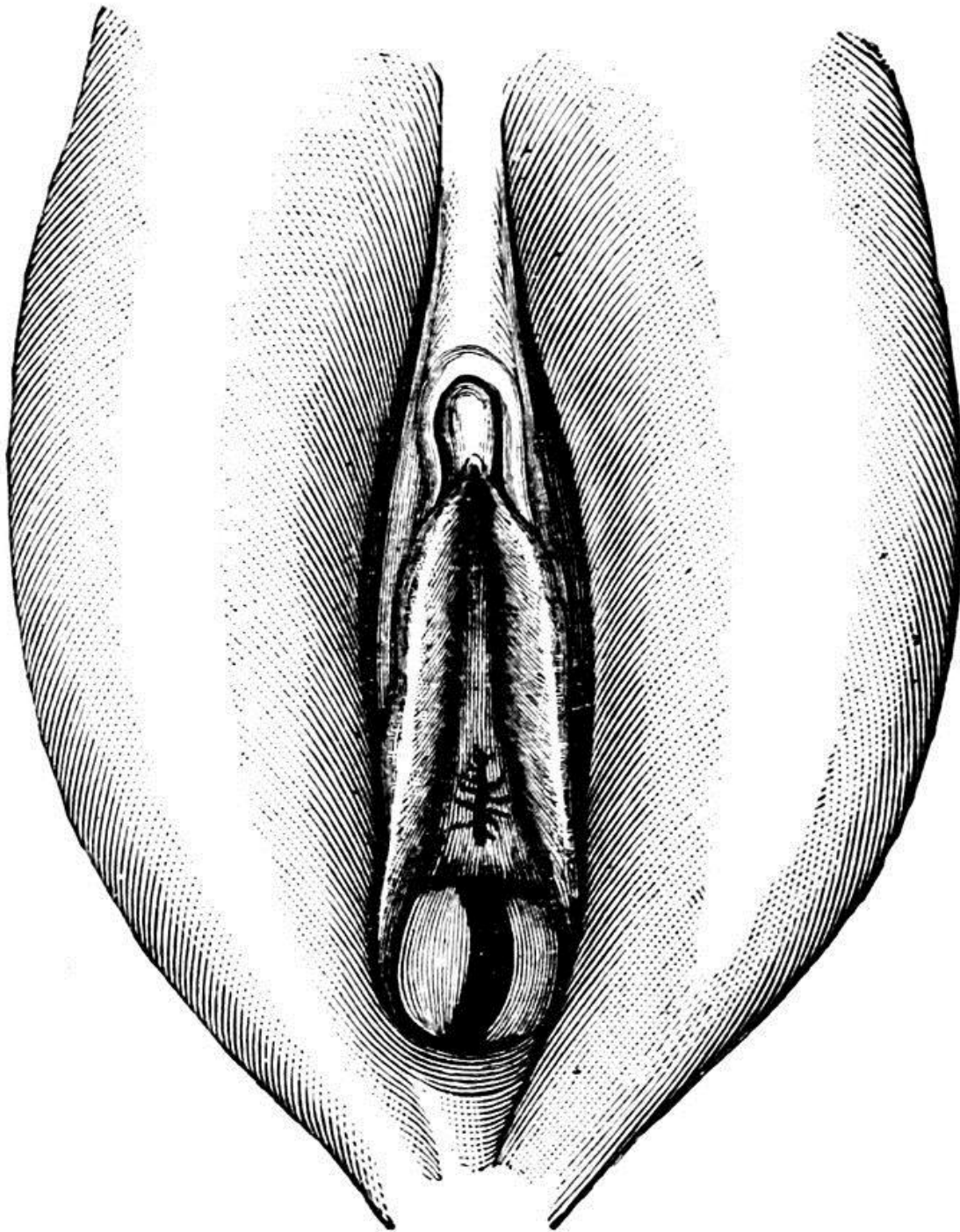


Рис. 65— Перегородчатая девственная плева, перегородка имеет сухожильную консистенцию.

Заметное, а иногда и непреодолимое препятствие (о котором было написано, *что у Ганнибала Квидема есть отверстия в девственной плеве*) представляет собой аномалию девственной плевы, при которой отверстие в этой мембране защищено сагиттально расположенной или иногда наклонной перегородкой, плотной и почти сухожильной по структуре. У двадцатичетырехлетней женщины, которая в течение двух лет жила в бесплодном браке, я обнаружил такую сухожильную перегородку девственной плевы. С семнадцати лет у нее регулярно были менструации, но всегда болезненные. Она жаловалась, что ее муж был “очень слаб”, поскольку в ее первую брачную ночь ему не удалось завершить половое сношение, и с тех пор всякий раз, когда он пытался вступить в половую связь,

наступала преждевременная эякуляция до того, как было произведено проникновение полового члена. Вследствие этого повторяющегося безрезультатного сексуального возбуждения она сама стала очень нервной. При местном осмотре я обнаружила удлиненную овальную девственную плеву, не полностью закрывающую отверстие влагалища, довольно прочную и толстую, разделенную на две половины срединной сагиттальной перегородкой, плотной сухожильной консистенции. По обе стороны от перегородки влагалищное отверстие пропускает не более головки обычного маточного звука. Я разделил эту перегородку, и позже мне сообщили, что женщина забеременела в результате первого последующего полового акта (рис. 65).

Замечательный случай аномалии девственной плевы зарегистрирован *Хайцманом*, который он наблюдал у женщины в возрасте двадцати семи лет. В данном случае девственная плева была представлена припухлостью, гладкой на поверхности и отделенной от нимфы глубокой бороздой. За этой припухлостью, между ней и задней спайкой, было глубокое углубление, в которое можно было просунуть палец на глубину полутора дюймов или больше. Спереди очень твердый и мясистый выступ был ограничен гребнем, от середины которого к отверстию мочеиспускательного канала тянулась короткая, но прочная и напряженная перегородка. Справа и слева от этой перегородки были небольшие отверстия, с трудом пропускавшие острие зонда. Между передним краем перегородки и отверстием мочеиспускательного канала находился узловатый отек, обычно присутствующий в этой ситуации. Отверстие мочеиспускательного канала окружали два или три дополнительных небольших узелка. Два боковых края девственной плевы были продолжены вокруг отверстия мочеиспускательного канала и соединялись перед ним, образуя шов, который можно было проследить до основания клитора. Молодая женщина была замужем несколько месяцев и утверждала, что неоднократно вступала в половую связь. Однако при таком состоянии женских половых органов проникновение полового члена во влагалище было совершенно невозможно. Во время полового акта пенис должен был быть введен в вышеупомянутое углубление за припухлостью, которое было достаточно растяжимым для этой цели.

Менее серьезным препятствием для полового акта, но встречающимся чаще, является частичное сохранение перегородки гименеального отверстия таким образом, что имеется выступающий язычок перепонки от переднего и заднего краев отверстия, частично блокирующий это последнее; или может быть только один срединный выступ, либо спереди, либо сзади. Такие процессы могут быть примечательны как своими размерами, так и формой. *Лиман* описывает сердцевидное отверстие гименеи, образованное передней или задней защитой описанного здесь типа.

В случаях неперфорированной девственной плевы, при которой закупорка влагалища не полная, в редких случаях может произойти оплодотворение, даже при том, что правильное введение полового члена совершенно невозможно. Случаи такого рода наблюдались *Сканцони, Хортоном, К. Брауном, Леопольдом, Бриллом, Брейским* и другими.



Рис. 66.

В большинстве этих случаев наблюдалась толстая, плотная, “неперфорированная” или, скорее, *стойкая* девственная плева с отверстием не больше головки обычного зонда, несмотря на то, что беременность имела место. Случаи, о которых сообщил *Брилл*, носили иной характер: это были случаи с двумя молодыми незамужними русскими девушками с нормальными неразрушенными гименоцитами, у которых была обнаружена беременность. Согласно *Бриллу*, подобные случаи отнюдь не редкость среди крестьянства Малороссии, где преобладает варварская практика совместного сна девочек и мальчиков-подростков. В этих обстоятельствах половой акт имеет место, но из-за страха последствий он часто бывает неполным. Следовательно, в редких случаях это приводит к беременности у молодой девушки с неповрежденной девственной плевой.

При первом полном половом акте, дефлорации девственницы, девственная плева, как правило, разрывается в нескольких направлениях, и вследствие этого обычно возникает умеренное кровотечение. Рваные раны девственной плевы вскоре затягиваются кожей. Когда первоначальный коитус осуществляется неаккуратно или грубо, возможны более

обширные рваные раны, и повреждение может не ограничиваться девственной плевой, а может распространяться в продольном направлении вдоль стенки влагалища и даже затрагивать задний свод влагалища. Или, опять же, без какой-либо такой обширной рваной раны может возникнуть очень обильное кровотечение вследствие аномально обильной васкуляризации девственной плевы. Также зарегистрированы случаи, когда (предположительно, не только в результате обычного полового акта, но и в результате других, неподтвержденных манипуляций), в то время как девственная плева оставалась неповрежденной, делались ложные проходы, приводящие к образованию свищей, с последующей смертью от кровотечения или сепсиса.

Помимо импотенции у мужчины, девственная плева может оставаться нетронутой, если к ней вообще не прикасаться во время полового акта. Неопытность, как замечает *Вейт*, в этом вопросе приведет к результатам, почти невероятным. Этот автор был проинформирован такими неопытными супружескими парами, что при попытках полового акта “пенис мужчины вводится между бедрами женщины, которые тесно прижаты друг к другу, при этом ноги мужчины находятся по обе стороны. Естественно, при таком методе полового акта девственная плева не разрушается. При таких попытках коитуса совершаются вещи, которые вряд ли можно сравнить с нормальным актом совокупления”.

В отдельных случаях введению полового члена препятствуют врожденные или приобретенные дефекты формирования наружных половых органов. Спайка между большими и малыми половыми губами иногда встречается при врожденной деформации, которая может быть связана, а может и не быть, с атрезией отверстия мочеиспускательного канала; в некоторых случаях спайка зависит просто от непрерывности поверхностного эпителия, но в других половые губы прочно прилегают на всем протяжении. Менее редкими являются приобретенные в результате несчастного случая спайки между большими и малыми половыми губами, приводящие к атрезии вульвы и, таким образом, делающие невозможным совокупление.

Введение полового члена может оказаться совершенно невозможным из-за чрезмерного размера больших половых губ, являющегося следствием слоновости, при которой наблюдается огромная гипертрофия подкожной соединительной ткани. Тот же результат могут иметь новообразования, например, миомы, липомы и кисты, которые могут достигать значительных размеров в клетчатке половых губ, почечных артерий и промежности, а также в нимфе и в клетчатке между клитором и отверстием мочеиспускательного канала. У очень тучной женщины двадцати восьми лет я увидел липому, прикрепленную к правой большой губе. В течение шести лет она выросла до таких огромных размеров, что простиралась вниз по бедру, перекрывала вход во влагалище и делала коитус абсолютно невозможным (рис. 67). Различные формы губной грыжи также способны закупоривать отверстие влагалища.

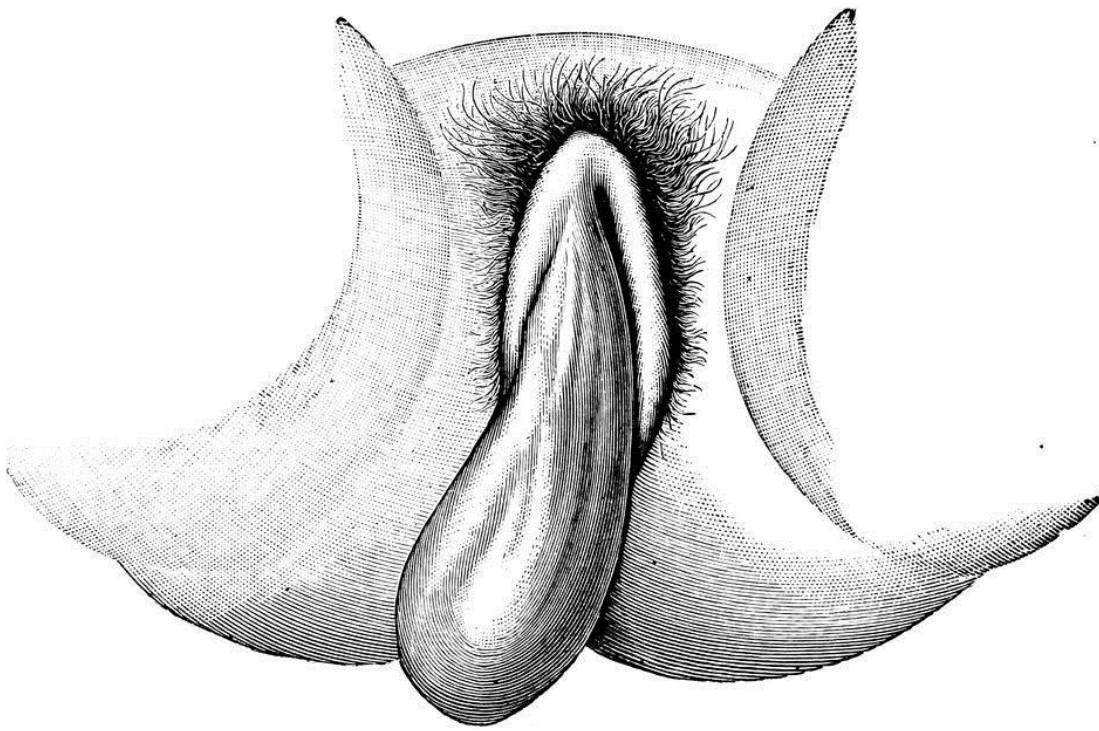


Рис. 67—Липома правой большой губы, перекрывающая входное отверстие во влагалище.

Гипертрофия нимфы, которая, как и так называемый *готтентотский фартук*, должна рассматриваться как расовая особенность, известна также в Европе как патологическое состояние, которое иногда может служить препятствием для полового акта (рис. 68). Согласно *Отто*, существуют три основные формы готтентотского фартука, а именно чрезмерное увеличение нимфы, чрезмерный рост больших половых губ и, наконец, образование своеобразной доли плоти и кожи, прикрепленной к венерической артерии ножкой, содержащей клитор и закрывающей генитальную щель, как клапаном. Говорят, что гипертрофия нимфы распространена также у турецких и персидских женщин. Из-за препятствия к половому акту, создаваемого гипертрофированными нимфами, среди определенных рас установился обычай ампутировать клитор и нимфу вместе. *Вирей* пишет: “Португальские миссионеры-иезуиты в Абиссинии в шестнадцатом веке пытались отменить эту практику обрезания женщин, которую они считали пережитком мусульманства; необрезанные девушки, однако, не могли найти мужей из-за неудобной длины их нимф. Папа послал хирургов в страну, чтобы разобраться в этом вопросе, и их отчеты были составлены в таком смысле, что обрезание было разрешено по мере необходимости”. Дэвис сообщает о наблюдениях, сделанных Сонини над коренными жительницами нижнего Египта, у которых вульва свисает вниз в виде рыхлой массы плоти поразительной длины и толщины, полностью закрывающей генитальную щель. Он считает, что обрезание, которое практиковалось женщинам Древнего Египта, заключалось в удалении этой гипертрофированной вульвы.

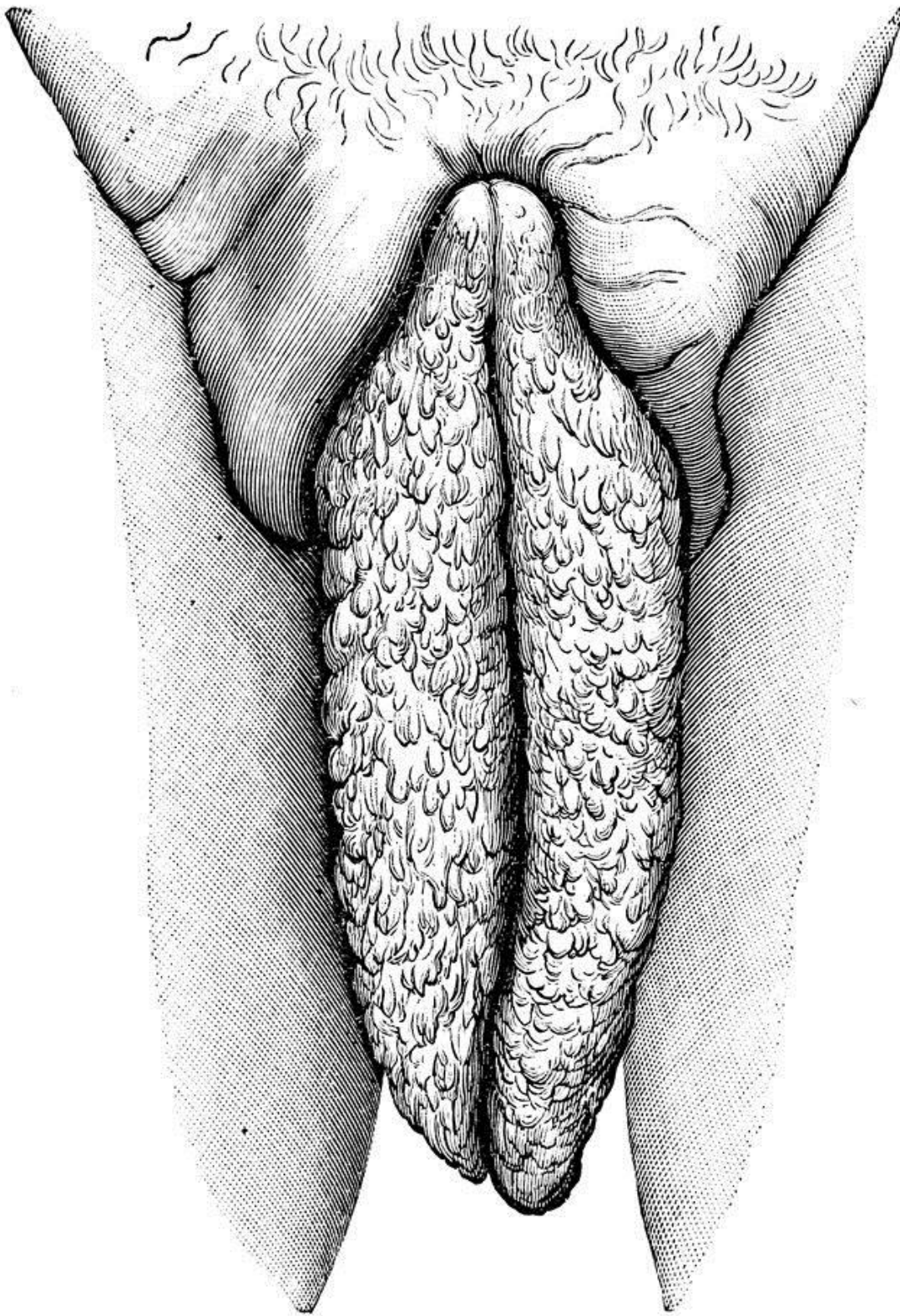


Рис. 68— "Готтентотский фартук" у взрослой женщины, свисающий между бедер. (After Zweifel.)

Корти наблюдал случай, когда значительная длина малых половых губ, которые при попытке ввести пенис закрывали отверстие влагалища, сделала коитус неэффективным и привела к бесплодию в течение пяти лет. За резекцией малых половых губ последовал успешный половой акт и зачатие.

Липоматозная форма, особенно при слоновости вульвы, часто достигает гигантских размеров. Наросты такого рода, размером с голову ребенка, весом в шесть-семь килограммов (от тринадцати до пятнадцати фунтов) и доходящие ниже колена, ни в коем случае не редкость. Мне известно несколько случаев, когда чрезмерное накопление жира в области вульвы, связанное с отвисшим животом, представляло собой механическое препятствие для завершения полового акта.

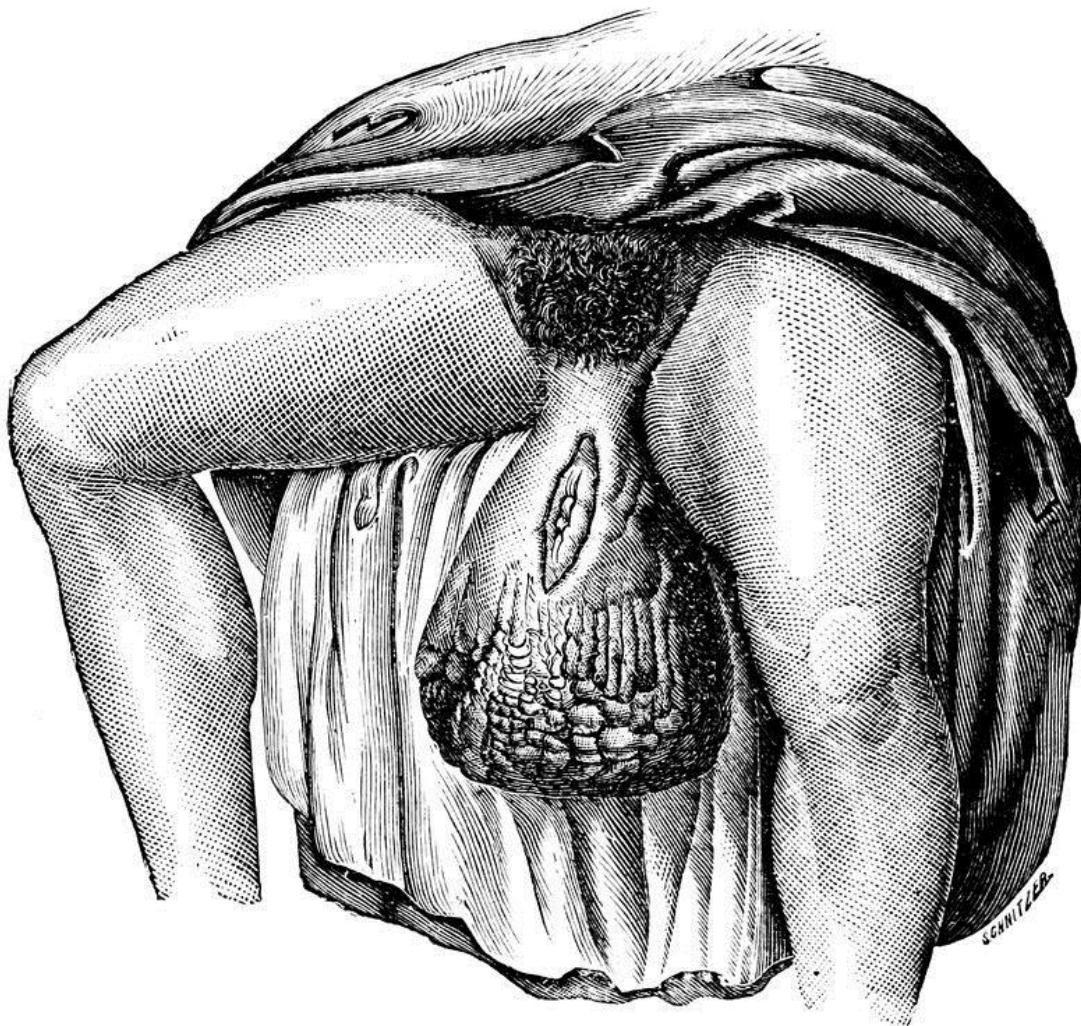


Рис. 69—Слоновость больших половых губ

Гипертрофия клитора может представлять собой препятствие для полового акта. В исключительных случаях этот орган размером с мужской пенис и свисает над генитальной щелью подобно клапану. *Хиртл* рассказывает, что у некоторых африканских рас это врожденное увеличение клитора настолько велико, что орган, прикрепленный к промежности кольцами, служит для защиты девственности. *Шенфельд* описывает случай с женщиной в возрасте двадцати восьми лет, у которой отверстие влагалища было почти полностью закрыто сухим и твердым наростом с гранулированной поверхностью. Тщательное наблюдение показало, что этот рост был вызван гипертрофированным и дегенерировавшим клитором, который достиг размера детской головки. Слоновость клитора особенно неудобна из-за того, что увеличенный орган препятствует половому акту. *Бейнбридж* описывает случай опухоли клитора размером 8 см (3,2 дюйма) в длину и 5 см (2 дюйма) в ширину. *Эстерлен* зафиксировал следующий примечательный случай: молодой человек пожелал разорвать свою помолвку на том основании, что его предполагаемая жена

была гермафродиткой. Обследование, однако, выявило наличие прочной неповрежденной девственной плевы, очень большого клитора и беременность на двадцатой неделе.

Повреждения влагалища в результате полового акта, вообще говоря, редки. Обычной причиной таких травм является диспропорция в размерах между эрегированным половым членом и диаметром влагалища или же грубое насилие при совершении полового акта; иногда, однако, это зависит от патологического состояния женских половых органов, которые подверглись старческой атрофии.

К первой группе относится случай, о котором сообщил *Альберт*, в котором у девочки одиннадцати лет была обнаружена рваная рана влагалища, сообщающегося с брюшной полостью, травма, полученная в результате полового акта. Ко второй группе относится случай, о котором сообщил *Бем*, о разрывах слизистой оболочки влагалища в результате насильственного полового акта у пожилых женщин. *Э. Франк* сообщает о случае травмы в результате насильственного полового акта у женщины, у которой влагалище уже было сильно растянуто ретрофлексией; и еще один случай, когда травма произошла во время полового акта у женщины с двойным влагалищем — в этом случае была разорвана не только девственная плева правого влагалища, но и перегородка между двумя влагалищами.

Отнюдь не исключительной редкостью являются травмы влагалища при дефлорации, вызывающие сильное кровотечение. *Мартин* зафиксировал подобный случай со смертельным исходом. *Машка* и *Хофманн*, авторитеты в области судебной медицины, отрицают, что разрыв влагалища является результатом простого полового акта, а *Хофманн* утверждает, что такая серьезная травма может быть нанесена только в результате цифровых манипуляций; фактически, эти авторы считают, что один только пенис не может быть использован с достаточной силой, чтобы вызвать разрыв. *Бартель* и *Андерсон*, однако, видели рваные раны влагалища у нерожавших женщин; а *Цейс* описывает случай разрыва влагалища у женщины двадцати пяти лет, с которой через шесть недель после родов ее муж, находившийся тогда в состоянии алкогольного опьянения, совершил половой акт в позе *à la vache*.

Аномалии влагалища, отсутствие, стриктура, дублирование и аномальные отверстия, а также заболевания тканей влагалища могут привести к неспособности к половому акту. По частоте, как и по значимости, среди этих нарушений отсутствие влагалища, а также стеноз и атрезия канала стоят на первом месте. Врожденная атрезия может быть полной или только частичной, в зависимости от того, поскольку два протока *Мюллера*, из слияния которых образуется трубка, остаются полностью или только частично твердыми — или, должным образом канализовавшись впоследствии в результате воспалительного процесса у плода, трансформируются в толстый, более или менее прочный канатик. Если облитерация влагалища происходит на нижнем конце канала, коитус невозможен, если только, как это иногда случается при частых попытках полового акта, короткий слепой мешок, представляющий нижний конец влагалища, не был растянут вверх в виде мешочка. Когда облитерация протоков *Мюллера* завершена, мы имеем полную атрезию влагалища, и в этом случае матка также, как правило, отсутствует или представлена лишь несовершенно. В некоторых случаях из протоков *Мюллера* вместо нормального влагалища образуется мембранный канал различной плотности и ширины, через который проходит небольшой канал для прохождения менструальных выделений; это состояние известно как мембранная атрезия влагалища.

Когда, несмотря на пороки развития наружных половых органов и частичное отсутствие влагалища, дефект внутренних половых органов отсутствует, зачатие иногда может

осуществляться через какой-либо ненормальный канал, как, например, через сообщение, установленное индивидуально; или, опять же, облегчение может принести какая-либо оперативная процедура. *Росси* сообщает о случае врожденного отсутствия наружных половых органов, при котором в области отсутствующего влагалища был сделан разрез и таким образом сконструировано искусственное влагалище; таким образом стало возможным совокупление и последовало зачатие. В этой связи мы можем с интересом обратиться к эссе *Луи*, озаглавленному "Недостаток влагалища, опущение прямой кишки при одновременном применении с муляжами?" Здесь нам рассказывается о случае, когда отсутствовали вульва и влагалище, и были ежемесячные выделения крови *perum*; любовник женщины использовал этот проход также *ad immissionem penis*, и женщина забеременела. Папа Бенедикт XIV прямо разрешил женщинам, страдающим от несовместимости влагалища, практиковать *коитус частично сзади*.

Далее, в случаях вагинальной атрезии, при которой половой канал заканчивается мочеиспускательным каналом, зачатие может быть результатом коитуса через уретру, что подтверждается случаями, зарегистрированными *К. фон Брауном*, *Вайнбаумом* и *Уайдером*. В случае *Вейнбаума* облитерация влагалища была полной, ни глаз, ни палец не могли обнаружить ни малейшего отверстия; женщина забеременела после коитуса через уретру, родоразрешение было произведено путем кесарева сечения. В случае *Уайдера* отверстие влагалища, за исключением небольшого отверстия, было закрыто плотной фиброзной тканью; женщина рожала, и головка ребенка находилась в малом тазу. Под наркозом перегородка, которая была толщиной почти в дюйм, была разделена, отверстие увеличено, и ребенок был извлечен щипцами. В ходе расследования выяснилось, что муж всегда имел сношения путем введения полового члена в расширенные уретры; было видно, что Семен прошел через мочеиспускательный канал в мочевой пузырь, а оттуда уже нашли свой путь через пузырно-вагинального свища во влагалище и матку.

Приобретенная облитерация и стриктура влагалища в результате сужения рубцовой ткани вследствие глубоких изъязвлений, особенно крупозного или дифтерийного характера, после тифа, пиемии, послеродового сепсиса и острой экзантемы (особенно натуральной оспы), также могут служить препятствием для полового акта. Сифилитические поражения также из-за сокращения экссудата, слипания изъязвленных противоположных поверхностей, кондиллом и т.д. Могут привести к стриктуре или облитерации влагалища. Такие же состояния могут быть вызваны травмой, как раны, попытки изнасилования или использование едких кислот и щелочей.

Таким образом, *Ольфельд* рассматривал тяжелую стриктуру влагалища как следствие удаления четырех крупных кондиллом. *Хенниг* то же самое, после натуральной оспы, и снова у сумасшедших, которые вводили едкие жидкости во влагалище. У *Л. Майера* атрезия влагалища рассматривалась как следствие брюшного тифа; у *Вайса* - как следствие дифтерии; у *Мартина* - как следствие действия раздражающих выделений в случаях опухоли матки; у *Бильрота* - как результат продолжительного орошения влагалища щелочной мочой после литотомии или уретротомии и в случаях пузырно-вагинального свища. Было отмечено, что язвенные процессы, вызванные длительным воздействием вагинального тампона, пессария или какого-либо другого инородного тела, приводят к последовательной облитерации влагалища.

Такой стеноз, только частичный, может препятствовать полному половому акту и, тем не менее, способствовать зачатию. Зарегистрировано множество случаев, иллюстрирующих этот факт. Так, *ван Свитен* уже сообщал о случае с шестнадцатилетней девушкой, влагалище которой было сужено до такой степени, что через него едва могло пройти гусиное

перо; тем не менее она забеременела и успешно родила. Подобные случаи упоминаются *фон Сканцони, Кеннеди, Девильерсом, Варджем, Моро и Пленком*.

Серьезные препятствия для полового акта, по природе аналогичные приобретенному стенозу влагалища, представляют собой неровные связочные перемычки, которые иногда возникают во влагалище в результате прилипания полоски, оторванной от слизистой оболочки с одной стороны влагалища, к другой стороне этой трубы — или, опять же, часть разорванной шейки матки может прилипнуть к стенке влагалища. Интересный случай такого рода произошел под моим собственным наблюдением. Это была женщина в возрасте тридцати двух лет, у которой дважды были трудные роды, последний раз девять лет назад. С тех пор она была бесплодна. При местном осмотре я обнаружил во влагалище мясистую перемычку шириной около 4 см (1,6 дюйма) и длиной 6 см (2,4 дюйма), простирающуюся от левой стороны влагалищного отверстия до правой стенки влагалища; эта масса ткани была расположена так, что введенный пенис обязательно должен был проскользнуть мимо нее в глухой мешок, подобный французскому названию *une poche copulatrice*. Подобные мембраны во влагалище были описаны *Брейски, Мерфи и Томсоном*.

Различные опухоли могут сужать или даже полностью закрывать влагалищный проход, миома, саркома, карцинома и особенно полиповидная форма фибромиомы, которая может даже выступать за пределы влагалищного отверстия. И даже когда опухоли влагалища или в нем на самом деле не препятствуют половому акту из-за занимаемого ими пространства, они могут повлиять на эту операцию кровотечением всякий раз, когда она проводится, что вызывает крайнюю тревогу у молодых людей, состоящих в браке.

Влагалище также может быть частично занято, и половому акту может препятствовать удлинение гипертрофированной шейки матки, заворот или выпадение матки, цистоцеле или ректоцеле, а также полипы матки. *Хорвиц* приводит случай женщины в возрасте двадцати двух лет, у которой *совместная импотенция* была обусловлена закупоркой влагалищного отверстия округлым, сильно выступающим органом, который при ближайшем рассмотрении оказался гипертрофированной вагинальной луковичей.

Опухоли прямой кишки и другие внутрижелудочковые новообразования могут вторгаться во влагалищный проход и препятствовать половому акту. Закрытие влагалища может быть вызвано даже ненормальным размером и ненормальной жесткостью промежности.

Наконец, при крайней степени сокращения органов малого таза влагалище может быть настолько сильно сужено, что это мешает половому акту. *Фон Хофманн* описывает случай такого рода: у женщины тридцати лет, страдавшей кифосколиозом, которая испытывала сильную боль всякий раз, когда ее муж пытался вступить в половую связь, таз был искривлен и сужен до такой степени, что конъюгат составлял едва ли один дюйм, а влагалище было таким маленьким, что едва вмещало палец.

Дублирование влагалища будет представлять собой препятствие для коитуса, когда обе половины прохода слишком узки, чтобы обеспечить проникновение полового члена. Трудности при половом акте также могут быть вызваны ненормальным окончанием влагалища, например, его окончанием в прямую кишку, а также тяжелой разрывной раной промежности, которая превратила нижние части влагалища и прямую кишку в клоаку, а также ректо-вагинальными и пузырно-вагинальными свищами; в случае всех этих последних состояний у мужчины может возникнуть чувство отвращения, которое может эффективно сдерживать сексуальное желание. Тем не менее, коитус и даже зачатие вполне возможны в этих условиях. *Кронер* среди шестидесяти случаев вагинального свища наблюдал шесть, в которых зачатие произошло, когда свищ был фактически открыт.

Помимо всех местных патологических состояний, половому акту могут препятствовать общие нервные расстройства, проявляющиеся локально и лишаящие женщину, пострадавшую таким образом, совместной потенции. Первым среди таких состояний следует упомянуть вагинизм, состояние настолько важное, что требует обсуждения в отдельной главе.

Важным и отнюдь не редким препятствием к завершению полового акта, влияющим на партнера-мужчину в акте, является частичная или полная неспособность к эрекции полового члена. Даже чрезмерно малый размер полового члена может сделать коитус неадекватным; однако в еще большей степени это касается органических заболеваний перепонки, таких как облитерация кавернозных тел или некоторых трабекулярных каналов этих тел, узловых образований, возникающих в результате травмы, или кавернита, вызванного гонореей. В таких случаях эрекция крайне нерегулярна, и эрегированный пенис резко изогнут (хорде) вместо того, чтобы быть прямым, что делает интромиссию механически трудной, если не невозможной. Аналогичный эффект достигается при окостенении некоторой части белочной оболочки кавернозных тел — так называемой кости полового члена. Механические препятствия половому акту также создают паховые и мошоночные грыжи; и чрезмерное ожирение, при котором увеличение толщины жировой прослойки брюшной стенки и лобковой кости, в то время как сам пенис остается таким же тонким, как и раньше, приводит к тому, что орган почти исчезает из виду.

Психическая импотенция у мужчин наблюдается гораздо чаще, чем органическая. Мы встречаемся с этим состоянием, особенно у лиц, предрасположенных к неврастению, или у мужчин, которые были склонны к чрезмерному половому влечению или чрезмерно мастурбировали в молодости и которые, вступая в супружескую жизнь, опасаются, что не смогут удовлетворить законные желания своих жен; или у новобрачных мужчин, которые часто страдали гонорейными воспалениями, такими как простатит, пузырьковый катар и эпидидимит. Страх и тревога, от которых страдают такие люди, оказывают тормозящее влияние на эрекцию полового члена. В некоторых случаях это тормозящее влияние является лишь частичным, и пострадавший таким образом мужчина, хотя и вполне компетентен в половом акте с проституткой, использующей средства сексуальной стимуляции, к которым он привык, не в состоянии завершить половой акт со своей женой, которая невежественна и невинна и принимает на себя чисто пассивную роль; или может случиться так, что эрекция недостаточно сильна, чтобы вызвать разрыв девственной плевы и, таким образом, преодолеть трудности *primae noctis*.

Что касается гонорейной инфекции, то, по-видимому, у мужчин, которые в других отношениях совершенно здоровы, это заболевание оказывает тормозящее влияние на нервный механизм, участвующий в возникновении эрекции полового члена.

Психическая импотенция обычно носит временный характер, но может продолжаться очень долго; и может пройти много месяцев, прежде чем муж, нервозность которого привела к неудаче в решающий момент в начале супружеской жизни, сможет вызвать эрекцию, достаточно сильную, чтобы вызвать дефлорацию своей жены. Иногда такая психическая импотенция не абсолютна, а относительна, она относится, то есть, к одной конкретной женщине — к сожалению, как правило, к собственной законной жене мужчины, — в то время как коитус с другой женщиной, даже при отсутствии каких-либо мер по искусственной сексуальной стимуляции, легко осуществляется. Это фатальное несчастье особенно часто случается в тех случаях, когда мужчина, полностью опытный в сексуальных вопросах, женится на женщине, которая ему не нравится или к которой он не испытывает никакого уважения; брак определяется материальными соображениями. От таких женщин я слышал

болезненные признания в том, что муж, мужчина, известный своей галантностью, сыграл очень плохую роль в супружеской постели.

Импотенция от *раздражительной слабости* характеризуется преждевременной и, следовательно, бесплодной эякуляцией. У мужчины, пострадавшего таким образом, наблюдается мощная эрекция полового члена, готовящаяся к половому акту, но в момент контакта с женскими половыми органами, еще до того, как наступит время для проникновения, происходит семяизвержение, за которым немедленно следует расслабление полового члена. Такая раздражающая импотенция часто встречается у молодых мужчин в начале их сексуальной карьеры, у новичков, чья сексуальная страсть очень легко возбуждается, чье воображение устремляется вперед к цели и которые не в состоянии сдерживать себя. Эту форму импотенции также можно вылечить с помощью мудро подобранных мер.

The *Паралитическая* форма импотенции, с другой стороны, характеризуется полным отсутствием эрекции полового члена, как ночью в постели, так и в ранние утренние часы; половой член всегда остается вялым или, самое большее, становится только полустоячим, недостаточно жестким для проникновения. Эякуляция сильно замедлена или вообще отсутствует.

Совместная импотенция у мужчины может быть *полной* в случаях, когда эрекционный аппарат полностью бездействует и когда даже о попытке полового акта не может быть и речи; или, и это встречается чаще, она может быть только частичной и проявляться в различных степенях несовершенства полового акта.

Эта последняя форма часто может ускользнуть от внимания женщины. В то время как полная совместная импотенция, при которой введение полового члена невозможно, является состоянием, о котором ни муж, ни жена не могут не быть полностью проинформированы, случаи частичной импотенции с полуэрекцией полового члена или преждевременной эякуляцией часто замалчиваются мужем, игнорируются женой и недооцениваются врачом - и все же такой неполный половой акт влечет за собой ряд неблагоприятных последствий как для половых органов, так и для нервной системы жены. Эрекция неполная, и, таким образом, пенис проходит только в преддверие, а не глубоко во влагалище; даже при более тщательном проникновении венозный отток крови из пещеристых тел не сдерживается в достаточной степени, чтобы пенис растянулся до своего полного размера и привел его в тесный контакт со стенками влагалища; или эякуляция происходит преждевременно, до того, как сексуальный организм жены достигнет той высшей степени, которая необходима как для достижения сексуального удовлетворения, так и для наступления зачатия.

Вагинизм.

Вагинизм - это расстройство, характеризующееся гиперестезией девственной плевы и входа во влагалище, настолько сильной, что, даже если органы могут быть полностью свободны от каких-либо анатомических аномалий, коитус предотвращается, при любой попытке, сильными произвольными спазматическими сокращениями сужающего канала и других мышц уrogenитальной и анальной области.

Центростремительные пути рефлекторного спазма, характерные для вагинизма, проходят через ветви нижнего подреберного сплетения, и особенно через маточно-влагалищное сплетение. Спинномозговые нервы, связанные с этой частью симпатического отдела, являются 2-м, 3-м и 4-м крестцовыми. Сплетения состоят частично из волокон симпатического, а частично из 2-го, 3-го и 4-го крестцовых нервов. Через те же нервы

проходит центростремительный двигательный тракт для поперечной мышцы промежности, а также для сфинктера и поднимающей передней мышцы. Согласно *Эйленбургу*, центр этого рефлекса находится на уровне первого крестцового нерва; когда нарушение распространяется более широко, вовлекаются поясничное и крестцовое сплетения в целом. Сужающий канал (влагалищный сфинктер или бульбокавернозная мышца) снабжается промежностной ветвью срамного нерва. Симптомокомплекс вагинизма состоит из сильного спастического сокращения, на срок, сильно различающийся по продолжительности, сужающих влагалищных (бульбокавернозных), нижних сфинктеров, поднимающих нижних мышц и поперечных мышц промежности, спазм распространяется, в тяжелых случаях, на другие мышцы по соседству, и особенно на приводящие мышцы бедра; спазм возникает при любой попытке полового акта и даже при простом прикосновении к гениталиям.

Особенно у молодых супружеских пар вагинизм является чрезвычайно тревожным состоянием, которое влечет за собой очень серьезные последствия, поскольку боли и рефлекторные спазмы, возникающие при любой попытке коитуса и даже при простом приближении полового члена к женским половым органам, делают половой акт абсолютно невозможным. Причину этого патологического проявления частично следует искать в неумелых попытках полового акта, которые стимулировали женские половые органы в какой-то неподходящей области. Может случиться так, что молодой муж не полностью проинструктирован в сексуальных вопросах и на самом деле не знает, как следует осуществлять коитус; в других случаях имеет место некоторая аномалия девственной плевы, которая чрезвычайно затрудняет разрыв этой оболочки; в некоторых случаях у мужчины наблюдается частичная импотенция, чей пенис становится только полустоячим, так что за постоянно возобновляемыми попытками полового акта следуют все новые неудачи. У восприимчивых женщин любой из этих причин может быть достаточно для возникновения вагинизма. При обследовании пациента в этих случаях обычно выясняется, что он наследственно предрасположен к нервным расстройствам и чрезвычайно чувствителен к боли. Из-за бесплодных усилий ее невежественного или частично бессильного мужа она испытывает чувственное возбуждение, но никогда не получает удовлетворения; поврежденная нервная система реагирует этими локальными спазмами, в то время как в конечном итоге в некоторых из этих случаев наступает настоящий психоз.

Однако в определенном количестве случаев муж никоим образом не несет ответственности за возникновение вагинизма, который может зависеть от патологических состояний наружных половых органов женщины, приводящих к гиперестезии; или, опять же, от первичной гиперестезии полового нерва и его ветвей; или, наконец, от общей неврастении и истерии, от чрезмерной чувствительности и отсутствия самоконтроля со стороны молодой девушки, вступившей в супружескую жизнь под влиянием экстравагантных идей. Вагинизм, зависящий от общей неврастении, особенно в случаях, когда нет сильной привязанности к мужу, которая подстегивала бы желание и позволяла женщине стойко переносить муки, которые составляют необходимое введение в радости супружеской жизни. Чтобы пролить свет на происхождение вагинизма, не следует забывать, что при пальцевом вагинальном исследовании девственницы или даже молодой жены, если не соблюдать особой осторожности, могут возникнуть боль и мучительные мышечные спазмы.

Местными патологическими состояниями женских половых органов, с которыми чаще всего встречаются при вагинизме, являются: очень жесткое состояние девственной плевы; воспаление и экскориация девственной плевы и ее окружения; трещины у входа во влагалище; воспалительные поражения влагалищных фолликулов; воспаление миртиформных карункул; своеобразное образование вульвы, которая простирается вперед

над лобковым симфизом, в результате чего отверстие мочеиспускательного канала и гименеальное отверстие оказываются на лобковом симфизе или шейке матки. подпубочная связка; вульвит; герпес или экзема вульвы; кольпит; уретрит; трещина заднего прохода; сосочковые разрастания; зудящие папулы; карункул уретры; воспаление бартолиновых желез; иногда гонорейная инфекция.

Я лично наблюдал случай, когда недавно вышедшая замуж женщина страдала вагинизмом. Муж считал, что причиной неприятностей была его собственная частичная импотенция, ставшая следствием юношеских венерических эксцессов, и уступил желанию своей жены и ее родственников добиться развода. Год спустя женщина снова вышла замуж, когда, к ее ужасу, симптомы вернулись в полную силу. Сейчас она впервые обратилась ко мне, и при местном обследовании я не смог обнаружить никаких отклонений от нормы. Вагинизм в данном случае был чистым неврозом, единственно возможную причину которого можно было найти в прошлой чрезмерной стимуляции влагалищного отверстия, когда жена признавала предыдущие онанистические эксцессы. В другом известном мне случае вагинизм у жены сделал мужа невольным содомитом. Движения жены при возникновении спазма привели к введению полового члена *per anum*, и коитус неоднократно осуществлялся этим ненормальным способом, когда факт впервые стал очевиден в результате местного обследования.

Le Fort сообщает о случае с молодой русской парой, которая проводила свой медовый месяц в Париже. Муж так близко к сердцу принял свою неспособность выполнять супружеские обязанности из-за вагинизма, которым страдала его жена, что выстрелил себе в сердце. Печальная ситуация мужа, жена которого страдает вагинизмом, делающим коитус невозможным, описана в хорошо известном французском романе “Мадемуазель Жиро, моя женщина”. Из-за ложного стыда женщины часто продолжают страдать вагинизмом в течение месяцев и даже лет, не имея ни одного эффективного полового акта; только последующее бесплодие в конце концов приводит к обращению за медицинской помощью. Затем врач обычно удостоверяется, что девственная плева все еще цела или, по крайней мере, не полностью разрушена, что на этой оболочке и на различных частях вульвы имеются эрозии и что все наружные половые органы за пределами девственной плевы находятся в состоянии более или менее острого воспаления. Однако в других случаях ни экскориаций, ни эрозий, ни воспаления обнаружить не удастся, и наличие вагинизма может быть доказано только болью и мышечным спазмом, возникающими при контакте с влагалищем. Действительно, часто причину этой самой мучительной привязанности невозможно обнаружить.

Введение полового члена может оказаться невозможным из-за спазма сужающей влагалищной (бульбокавернозной) мышцы, но в равной степени из-за спазма поперечной мышцы промежности или поднимающей анальной мышцы. Иногда спазм поражает все три группы мышц; в этом случае сужение влагалища становится чрезмерным и распространяется на некоторое расстояние вверх, в канал. Когда спазм затрагивает только леваторный орган, пенис действительно может быть введен во влагалище и столкнуться с мощным препятствием внутри этого канала; и может случиться, что, когда спазм возникает и затрагивает леваторный орган только после полного введения пениса, головка удерживается в своде влагалища активным сокращением тазового дна.

Зарегистрированы более или менее достоверные случаи *пленения* пениса, вызванного таким образом. Следующая история принадлежит *Дэвису*: Джентльмен, войдя в свою конюшню, обнаружил там своего кучера и служанку в самом компрометирующем положении. Все попытки застигнутой таким образом врасплох пары разойтись оказались

безрезультатными, и их попытки разойтись причиняли им сильную боль. Послали за *Дэвисом* и заказали спринцевание со льдом, которое, однако, не помогло освободить заключенный пенис. Освобождение было невозможно до тех пор, пока женщина не была подвергнута воздействию хлороформа. На опухшем и багровом пенисе были видны две странгуляционные борозды, доказывающие, что две отдельные области поднимающей мышцы были спазматически сокращены.

Хильдебранд описывает три случая, наблюдавшихся им самим, в которых наблюдался спазм только верхней части влагалища, не сопровождавшийся вагинизмом (*т.е.* болью). В двух из этих случаев спазм был вызван соприкосновением исследующего пальца с очень болезненными язвами влагалищного отверстия; у третьей пациентки было очень чувствительное выпадение яичника. *Фрич* сообщает, что однажды ему пришлось дать женщине хлороформ для высвобождения опухшего и заключенного в тюрьму пениса.

Хильдебранд предполагает, что вагинизм может быть вызван ненормальным размером полового члена или состоянием, возникающим у слабаков и алкоголиков, у которых наибольшее набухание головки полового члена возникает перед интродукцией, в то время как это наибольшее набухание обычно откладывается до конца акта, когда головка находится в своде влагалища.

Шредер пишет следующее относительно этиологии вагинизма: “Заболевание зависит от травмы, полученной при неумелых, часто повторяющихся попытках полового акта; по этой причине оно встречается в подавляющем большинстве случаев у молодых, только что вышедших замуж женщин. Импотенция у мужчины ни в коем случае не является необходимой для его выработки, и такая импотенция даже не является частым предвестником. Иногда обнаруживается аномальная узость влагалища или чрезмерная упругость девственной плевы, но ни то, ни другое никоим образом не является необходимым; все, что можно сказать в этой связи о маленьком отверстии влагалища, это то, что оно *предрасполагает* к вагинизму. Если муж лишен предыдущего опыта в сексуальных вопросах, чрезвычайно вероятны неумелые попытки вступить в половую связь. Пенис толкается в неправильном направлении, надавливая либо на переднюю, либо на заднюю спайку вульвы. Более того, очень часто в возникновении вагинизма участвует положение вульвы, которое подвержено очень разительным индивидуальным вариациям. Есть много женщин, у которых вульва частично расположена перед лобковым сочленением, так что нижняя граница сочленения проходит ниже отверстия мочеиспускательного канала. В таких случаях пенис направлен слишком далеко назад и вместо того, чтобы проходить во влагалищное отверстие, проскальзывает в ладьевидную ямку. Частое повторение таких неумелых попыток полового акта приводит к постепенному повышению чувствительности соответствующих частей тела с образованием экскориаций. Теперь это приводит к тому, что, с одной стороны, женщина боится попыток полового акта из-за боли, которую они причиняют; она уклоняется от мужчины, так что проникновение пениса во влагалище становится еще более затруднительным, чем это было раньше; и, с другой стороны, неудовлетворенное сексуальное желание приводит к частому повторению попыток полного полового акта (от которого, более того, если наступит зачатие, ожидается излечение от проблемы). Таким образом, травма становится более серьезной, гиперемия и экскориация ладьевидной ямки или области мочеиспускательного канала усугубляются, а чувствительность этих частей возрастает до такой степени, что пострадавшая таким образом женщина вскрикивает при простом прикосновении к вульве. В конечном счете, при попытке полового акта возникают рефлекторные спазмы, и тогда мы имеем полностью развитую клиническую картину вагинизма”.

Винкель утверждает, что в большинстве случаев в причинно-следственной связи вагинизма есть два основных элемента. Во-первых, вследствие более или менее выраженных анатомических изменений наблюдается чрезмерная чувствительность и болезненность входа во влагалище и его окрестностей, а в исключительных случаях также верхней части влагалища, матки и яичников. Во-вторых, пациент проявляет повышенную общую чувствительность и нервную раздражительность; в некоторых случаях это первично, но в других - полностью результат повторяющейся стимуляции; и в обоих случаях это усиливается из-за неудовлетворенного сексуального желания.

А. Мартин указывает, что спазм мышц тазового дна, и особенно поднимающей мышцы, от которой зависит вагинизм, в некоторых случаях может быть вызван воздействием холода, поскольку та же причина приведет к патологическим сокращениям в других мышечных областях. Но в таких случаях всегда остается открытым вопрос, не является ли мастурбация или какое-либо другое сексуальное извращение истинной причиной расстройства. В некоторых случаях вагинизм у чрезвычайно чувствительных женщин является просто симптомом различных заболеваний репродуктивных органов и вызывается усилением боли, которая в таких случаях вызывается попытками полового акта; вызванный таким образом, вагинизм обычно является преходящим проявлением.

Вейт считает, что среди патологических состояний, приводящих к вагинизму, мы должны также перечислить заболевания внутренних органов малого таза, такие как хронический метрит, смещения матки, офорит и т.д.; Но он также придает большое значение нервной предрасположенности, возникающей в результате предшествующей сексуальной стимуляции, и ранее существовавшим воспалительным изменениям, вызванным гонорейной инфекцией. Согласно *Вейту*, своеобразная форма вагинизма иногда наблюдается после рождения первого ребенка; к счастью, продолжительность ее обычно непродолжительна. После родов слизистая оболочка вульвы некоторое время остается очень нежной, и когда сожителство возобновляется, часто слишком рано, и, возможно, после вынужденного воздержания, слишком часто повторяющегося с короткими интервалами, легко образуются трещины. Более того, вагинизм, который существовал до родов, в некоторых случаях может рецидивировать после этого события. Необычное положение вульвы, чрезмерно маленький вход во влагалище и относительная импотенция мужчины в совокупности могут вызвать такой рецидив. Наконец, вагинизм часто сохраняется на протяжении всей беременности и проявляется во время родов. Магический эффект, который оказывает хлороформ на некоторых первородящих, когда головка задерживается в вульве, можно объяснить только предположением о вагинизме.

Согласно *Арндту*, вагинизм не является чисто местным заболеванием, но во многих случаях является местным проявлением невропатического диатеза, который в некоторых случаях может привести к общему психическому расстройству.

Ольсхаузен рассматривает гиперэстезию и вагинизм как разные стадии одного заболевания; он считает, что чрезмерная чувствительность локализуется главным образом в девственной плеве; он объясняет спазм рефлекторным результатом трещин и воспалительных изменений. *Поцци* считает, что чрезмерная нервная возбудимость и раздраженное состояние вульвы являются необходимыми предпосылками возникновения вагинизма. *Герман* проводит различие между чрезмерной малостью входного отверстия влагалища и вагинизмом; он рассматривает последний как нервное расстройство, характеризующееся гиперестезией вульвы и спазматическим сокращением ануса, поднимающего ее, и прилегающих мышц. *Фрост* отличает вагинодинию от вагинизма; при

вагинодинии боль настолько интенсивна, что вызывает обморок, а мышечный спазм охватывает всю длину влагалища.

Примечательным фактом, на который *Вейт* особенно обратил внимание, является то, что среди беднейших слоев населения вагинизм практически неизвестен. Среди женщин этих классов их сексуальные потребности, не так сильно уменьшенные “культурой”, достаточны для того, чтобы отвлечь их внимание даже от боли при дефлорации, которые в противном случае часто были бы очень сильными; тогда как сексуально неврастеничная женщина из высших классов, охваченная ужасом при мысли о боли, которую она ожидает вытерпеть, и нередко находящаяся в состоянии повышенной возбудимости или сверхчувствительности, зависящей от ранее использованных ненормальных средств сексуального удовлетворения, неспособна переносить боли при дефлорации, даже если можно было бы ожидать, что они окажутся далеко не сильными.

В некоторых случаях болезненные сокращения влагалища, которым мы не можем правильно дать название вагинизма, возникают из-за органических заболеваний матки и маточной оболочки; эти болезненные сокращения делают совокупление невозможным. *Фон Хофманн* сообщает о случае с молодой проституткой, которая оказалась неспособной продолжать заниматься своей профессией из-за сильной боли, которую она испытывала во время полового акта; она умерла, и вскрытие выявило двусторонний сальпингит, при этом репродуктивные органы в остальном были в норме.

Неумелые и незавершенные попытки полового акта и, как следствие, повторяющаяся неспособность получить полное сексуальное удовлетворение в разной степени влияют на нервную систему женщины; но помимо этого, у женщин, которые долгое время сожительствовали с мужчинами с недостаточной сексуальной потенцией, мы часто обнаруживаем замечательное состояние полного расслабления половых органов, связанное с сильной гиперсекрецией слизистой оболочки, вялостью мышц тазового дна и смещениями матки. Более того, нервный шок, к которому приводят повторяющиеся, но неудовлетворяющие попытки полового акта, воздействует на спинной мозг таким образом, что возникают симптомы раздражения позвоночника. Пациент жалуется на боли в спине, пояснице и задней части шеи; эти боли также распространяются по передней части живота и вдоль межреберных промежутков; при проведении пальцем вдоль позвоночника могут быть обнаружены гиперэстетические точки; наблюдается слабость в конечностях с ощущением онемения; наблюдаются невралгические проявления различной природы.

Опасности, которые половой акт может повлечь за собой для женщин — помимо раздражительных состояний и воспалительных заболеваний женских репродуктивных органов, зависящих от стремительного или чрезмерно частого полового акта или от полового акта, практикуемого во время менструации, — в основном связаны с гонорейной и сифилитической инфекцией, передаваемой сожителем мужского пола.

Проблемы с сердцем из-за полового акта.

Среди неприятностей, от которых женщины порой страдают в результате полового акта, особого внимания заслуживают определенные сердечные расстройства.

Каждый акт полового акта у молодой и чувствительной женщины оказывает возбуждающее воздействие на нервный механизм, управляющий движениями сердца, и это влияние проявляется более отчетливо в степени, прямо пропорциональной интенсивности сексуального оргазма. Сердцебиение заметно учащается, сердечный импульс становится более мощным, заметно, что крупные артерии шеи пульсируют гораздо энергичнее,

конъюнктивы заметно вздувается, дыхание учащается, дыхательные движения становятся более поверхностными и носят прерывистый характер.

Но когда у женщины, которая сексуально раздражительна в чрезмерной степени, периферическая стимуляция, возникающая при половом акте, необычайно сильна, это может привести к заметному усилению или модификации рефлекторных проявлений, которые обычно возникают во время полового акта в области сердечной деятельности; аналогичные результаты возникают, когда происходит суммирование стимулов вследствие чрезмерного полового акта, или наоборот, когда половой акт прерывается непосредственно перед его физиологической кульминацией и естественного прекращения оргазма не происходит.

Первая причина нередко встречается у молодых жен в период медового месяца. Последняя причина действует при заболеваниях женских репродуктивных органов, препятствующих физиологическому завершению полового акта; но особенно в результате современной практики прерывания полового акта, при которой мужчина прерывает половой акт в тот момент, когда он чувствует, что семяизвержение неизбежно, не беспокоясь о естественном течении сексуального возбуждения у женщины. Еще одной причиной чрезмерных проявлений сердечного рефлекса у женщин является неполная потенция мужчины, которая может либо вызвать преждевременное извержение спермы, либо привести к неполному проникновению полового члена.

Во всех подобных случаях в результате полового акта могут возникать сердечные расстройства различного рода; среди них наиболее частыми являются пароксизмы тахикардии, возникающие либо *inter actum*, либо с более длительным или коротким интервалом после полового акта.

В нескольких случаях вагинизма, возникающих у молодых замужних женщин, которые попали в поле моего зрения, было отмечено, что попытки полового акта приводили к сильным непроизвольным спазматическим сокращениям влагалища и других мышц мочеполовой и анальной областей, и, кроме того, было обнаружено, что за этими попытками следовали пароксизмы тахикардии с одышливыми проявлениями, длившиеся в течение значительного периода, который мог достигать одного или двух часов.

У женщин, которые практиковали резервный половой акт в течение длительного периода, фактически в течение нескольких лет, таким образом, что, несмотря на возникновение сильного сладострастного возбуждения, полное сексуальное удовлетворение редко, если вообще когда—либо, наступало, - у таких женщин, на которых эти супружеские злоупотребления, по-видимому, оказали глубокое влияние на их психическую жизнь, я часто был свидетелем формы рефлекторного сердечного расстройства, которое я должен рассматривать как разновидность вазомоторной неврастении сердца. У таких женщин, все еще находящихся на пике своих физических сил и сексуальных потребностей, приступы сердцебиения внезапно возникают с нерегулярными интервалами, несколько раз в день или реже. С этой повышенной частотой сердечной деятельности связаны чрезвычайно тревожное чувство тревоги, ощущение слабости, головная боль, головокружение, слабость мышечной системы, а иногда и настоящие приступы обморока. Физически женщины крайне подавлены, раздражительны, склонны плакать, несчастны и устали от жизни. В то же время пищеварение нарушено, аппетит невелик, наблюдаются запоры. Пульс в большинстве случаев слабый, небольшой, низкого напряжения, легко сжимаемый, учащенный, часто прерывистый, иногда более отчетливо аритмичный. При физикальном осмотре сердце

оказывается здоровым, и в магистральных сосудах не может быть обнаружено никаких отклонений. Нижние конечности свободны от отеков; моча не содержит белка.

Иногда считается, что женщины, пострадавшие таким образом, страдают от сердечных заболеваний, в других случаях они подвергаются различным методам гинекологического лечения; пока, наконец, врач с помощью соответствующих вопросов не прозреет относительно истинной причины сердечных заболеваний, а именно прерывания полового акта. Если удастся эффективно запретить эту нездоровую практику, сердечные симптомы вскоре перестанут повторяться.

Наконец, у женщин в климактерическом возрасте иногда возникают проблемы с сердцем, которые зависят от вмешательства в половой акт вследствие анатомических изменений во влагалище; изменения такого характера часто происходят во время менопаузы; вследствие гиперемии или воспалительных процессов возникает частичная или общая стриктура влагалищного прохода; во многих случаях этот проход становится уже, короче и имеет почти коническую форму, в то время как входное отверстие влагалища значительно уменьшается в размерах. Такая стриктура влагалища, которую *Хегар* также наблюдал у молодых женщин после искусственного климактерического периода (офорэктомии), препятствует половому акту; а неполное сексуальное удовлетворение вызывает ряд нервных проявлений и, среди прочего, вышеописанный рефлекторный невроз сердца.

Зависят ли сердечные расстройства, вызванные местными стимулирующими воздействиями полового акта, и в каких случаях, от рефлекторного раздражения симпатического нерва, с одной стороны, или от преходящего пареза центра торможения сердца и сосудодвигательного центра, с другой, здесь не может быть полностью обсуждено; точно так же мы не можем рассмотреть, каким образом раздражительные процессы в половых органах оказывают симпатическое воздействие на психику и, таким образом, нарушается ее функциональная активность.

Здесь я могу лишь кратко заявить, что опыт научил меня тому, что половой акт способен вызвать проблемы с сердцем у женщин.

1. У чрезвычайно чувствительных, сексуально очень раздражительных женщин пароксизмы тахикардии могут быть результатом сексуальных излишеств.
2. Пароксизмы тахикардии с одышкой возникают у молодых женщин, страдающих вагинизмом; также у женщин в климактерическом периоде с констриктивными изменениями во влагалище.
3. Проблемы с сердцем, характеризующиеся в основном симптомами, указывающими на снижение сосудистого тонуса, возникают у женщин, которые долгое время практиковали прерывистый половой акт с неполным удовлетворением своих сладострастных желаний.

Диспареуния.

В нормальных условиях акт полового акта сопровождается у женщин, как и у мужчин, сладострастным ощущением, и это ощущение следует рассматривать как необходимое звено в цепи тех процессов, посредством которых достигается удовлетворение сексуального влечения — самого сильного из всех наших естественных влечений. Отсутствие этого сладострастного ощущения у женщины, состояние, при котором она не испытывает во время полового акта никаких сладострастных ощущений, но испытывает либо апатию, либо положительное отвращение, называется диспареунией: в прежние времена это было также известно как анафродизия. Этому ненормальному состоянию сексуальной

чувствительности, о котором до настоящего времени почти не упоминалось в учебниках по гинекологии, с медицинской точки зрения уделялось удивительно мало внимания, и его важность недооценивалась. К большому сожалению, это так, поскольку диспареуния является важным симптомом, оказывающим мощное влияние на общее состояние здоровья женщины, которая им страдает, на ее социальный статус в браке и, как легко понять, на ее способность к деторождению.

Диспареунию следует четко отличать от двух в чем-то схожих состояний, с которыми на первый взгляд ее можно спутать, а именно от сексуальной анестезии и вагинизма. Под сексуальной анестезией мы понимаем, как объяснялось ранее, отсутствие сексуального влечения, симптом, который при нормальной структуре и функционировании репродуктивных органов имеет либо центральное нервное происхождение, либо является результатом заболевания головного или спинного мозга, либо же обусловлен общими нарушениями питания, такими как диабет, морфинизм, или алкоголизм. Женщина, страдающая диспареунией, тем не менее, испытывает сексуальное влечение, оно может быть очень активным, но половой акт не приносит удовлетворения ее желаниям. С другой стороны, при вагинизме введение инородного тела, то есть мужской оболочки, во влагалище вызывает болезненные рефлекторные спазмы влагалищного сфинктера или мышц тазового дна, в результате чего завершение коитуса становится невозможным, тогда как при диспареунии коитус может быть осуществлен, но не вызывает сладострастных ощущений.

Удовольствие, которое обычно возникает у женщины во время полового акта, достигается тем, что контакт с половым членом и трение им стимулируют чувствительные нервы клитора, вульвы, преддверия и влагалища; этот стимул передается в кору головного мозга, где вызывает сладострастные ощущения, а затем, путем рефлекторной стимуляции мочеполювого центра, вызывает серию рефлекторных разрядов. Пудовый нерв, ветвь крестцового сплетения, снабжает женские наружные половые органы. Некоторые из его ответвлений проходят в клиторе к особой форме нервного конечного органа, открытого В. Краузе, генитальным тельцам Краузе: структура этих тельцов, по-видимому, исключительно хорошо подходит для передачи волн стимуляции к нервным центрам. “Когда этот стимул, - говорит Хенсен в своей работе по физиологии размножения, “ в дополнение к другим эффектам вызывает также сладострастное ощущение, причину следует искать в центральных нервных связях и аппарате. Аналогичные отношения можно обнаружить в связи с механизмом питания, например, в ассоциации чувства голода, аппетита, приятных вкусовых ощущений, акта жевания и выделения слюны”. Посредством этого стимула в репродуктивном канале зарождается несколько рефлекторных процессов, наиболее заметными из которых являются эрекция клитора и эякуляция выделений различных желез. Пещеристая ткань клитора соединена с тканью вестибулярной луковицы, а спинной нерв клитора является одним из главных нервов сладострастных ощущений. Венозное сплетение, составляющее луковицу преддверия, лежит с обеих сторон вдоль края преддверия на границе между большой и малой губами, а с боков оно покрыто сужающим каналом^[48] мышца. Во время полового акта кровь вытесняется из этой луковицы в головку клитора, и, таким образом, повышается чувствительность и эрекция головки. Сужающие клитор и седалищно-кавернозные мышцы притягивают клитор, который согнут под прямым углом вниз, к половому члену. Посредством давления сужающего канала выделяется слизистый секрет бартолиновых желез, которые открываются в вульву сзади больших половых губ.

В качестве дополнительных рефлекторных действий, зависящих от активности рефлекторного центра в поясничном расширении спинного мозга, возникают сокращения влагалища, перистальтическое движение труб, некоторое опускание матки, расслабление

маточного зева и округление этого отверстия, уплотнение влагалищных пор, в результате чего выделяется слизь из маточных труб и секрета желез шейки матки. Этот процесс *семяизвержения* составляет кульминационную точку сладострастного ощущения, возникающего при половом акте; этот акт, таким образом, демонстрирует две фазы: ощущение трения и ощущение семяизвержения.

Что касается сладострастных ощущений и процессов, аналогичных поллюциям, происходящих у женщин, мы приводим выдержку из *фон Краффт-Эбинга*.

“Возникновение сладострастного возбуждения во время полового акта зависит у женщин, так же как и у мужчин, от:

“1. Периферическое влияние интенсивности и продолжительности сенсорной стимуляции (анестезия половых путей может быть причиной отсутствия сладострастных ощущений). 2. Состояние возбудимости рефлекторного (эякуляционного) центра в поясничном отделе спинного мозга. Активность этого центра варьируется в широких пределах не только у разных индивидуумов, но и у одного и того же индивидуума в разное время. Действительно, есть женщины, у которых кажется, что этот центр всегда находится в активной деятельности. У нормальных женщин раздражительность этого центра, по-видимому, наиболее выражена в период менструации и быстро снижается вскоре после нее. При патологических состояниях активность центра может временно приостанавливаться (органические тормозные процессы, такие, как наблюдаются в определенных случаях истерии с временной фригидностью); или, опять же, центр может быть ненормально активен из-за раздражительной слабости (сексуальная неврастения), вследствие чего эякуляция может, как и у мужчин в аналогичных обстоятельствах, происходить слишком легко. 3. На возникновение сладострастного ощущения у женщины неблагоприятно влияют психические тормозящие восприятия (аналогично тормозящему влиянию психических процессов у мужчины, таких как, например, страх неспособности совершить половой акт). В качестве примеров такого сдерживающего восприятия у женщин можно упомянуть неприязнь к мужчине, физическое отвращение к половому акту и т.д.”

Gutzeit описывает интересные переживания, которые легко понять с учетом того, что мы уже цитировали. Он обнаружил, что из десяти женщин после дефлорации только две сразу испытывают полное сексуальное удовольствие. Из восьми других только у четырех возникает приятное ощущение, вызываемое трением во время коитуса, но ощущение эякуляции появляется не раньше, чем по прошествии по крайней мере шести месяцев, а может быть, и нескольких лет, после вступления в брак. У остальных четырех женщин удовольствие во время полового акта может никогда не установиться должным образом. Автор описывает женщин первого класса как обладательниц очень пылкого темперамента и страстно привязанных к своим мужьям. У таких женщин ощущение эякуляции возникает во время полового акта с любым мужчиной, к которому они испытывают симпатию. Женщины второго сорта обладают менее пылким темпераментом и часто сравнительно безразличны к мужчине, с которым они сожительствуют. Женщины третьего класса практически не испытывают любовных чувств, и они либо ненавидят мужчину, с которым сожительствуют, либо, по крайней мере, испытывают физическое отвращение к мысли о половом акте с ним. *Гутцайт* считает, что меретрисы обычно относятся к третьей категории. В своей профессиональной деятельности они имитируют сладострастное наслаждение и испытывают настоящее сексуальное удовлетворение только при половом акте с мужчиной по своему выбору.

Определение последствий неудовлетворительного полового акта у женщин представляет большой практический интерес, как с гинекологической, так и с невропатологической точки зрения. При нынешнем состоянии нашего опыта следует предположить, что эффект ненормального полового акта, то есть полового акта, который не завершается удовлетворением, вызванным ощущением эякуляции, является вредным. Это объясняется тем фактом, что из-за отсутствия мышечного сокращения половых путей последние остаются наполненными кровью; возникающая в результате гиперемия проходит очень медленно и, при частом повторении, приводит к хроническим изменениям тканей, проявляющимся в виде заболеваний репродуктивных органов. Повреждение нервной системы возникает частично вследствие этих органических изменений, частично также вследствие психического неудовлетворения в самом широком смысле этого термина. Возникающие таким образом нервные расстройства являются типичными формами (сексуальной) неврастении; и в случаях, когда патогенез носит преимущественно психический характер (антипатия к мужу и т.д.), истерические типы расстройств особенно часты. *Фон Краффт-Эбинг* считает, что неполный коитус, то есть коитус, не завершающийся ощущением эякуляции, является частой причиной истерических расстройств у женщин.

Когда клиническая картина сексуальной неврастении полностью развивается, каждый акт полового акта (например, поллюции или коитус у сексуально неврастеничного мужчины) вызывает возобновление проблем, которые легко распознать как симптомы венозного застоя в репродуктивных органах (крестцовая боль, ощущение тяжести и опущения в области таза, воспаление): кроме того, мы наблюдаем обострения заболеваний поясничного отдела позвоночника в виде раздражения позвоночника, иррадирующих болей в крестцовом сплетении и т.д. Таким образом, развивается общая неврастения. Состояния, обнаруживаемые в таких случаях при гинекологическом обследовании (хронический эндометрит, метрит, офорит и т.д.), вызваны той же причиной, что и нервные симптомы, а именно негигиеничным способом полового акта. Они не являются причиной невроза, но являются важными сопутствующими расстройствами; и их влияние на усиление нервных расстройств должно быть открыто признано.

Среди важных причин неудовлетворительного полового акта необходимо перечислить: слабую эрекцию и начальную эякуляцию у мужчины, что делает стимуляцию неэффективной; кроме того, коитус резервный, коитус прерывистый и коитус завершающий. Если вредное воздействие часто повторяется, следует сильно опасаться возникновения сексуальной неврастении и ее последствий, а у женщин невропатического телосложения это практически неизбежно.

Несимпатичный половой акт, по-видимому, действует не только соматически, но главным образом на психику и вызывает состояния истероневрастении или чистой истерии. Если влияние таких негигиеничных условий на сексуальную жизнь сочетается с влиянием унаследованной или приобретенной чувственности, возникают дополнительные опасности: в случаях неудовлетворительного полового акта возникает опасность злоупотребления; в случаях несимпатичного полового акта возникает опасность психического онанизма или супружеской неверности.

Хотя до недавнего времени этому вопросу уделялось мало внимания, теперь его следует рассматривать как хорошо установленный факт, что у женщин (как и у мужчин) кульминация сладострастных ощущений при половом акте обычно характеризуется процессом эякуляции, сопровождающимся сладострастным ощущением семяизвержения, зависящим от высшей степени возбуждения рефлекторного центра в поясничном отделе спинного мозга.

Точно так же, как у мужчины этот центр может быть возбужден к действию не только локальной стимуляцией половых органов, но и (психическими) стимулами, исходящими из мозга (поллюции), так и у женщины может происходить аналогичный процесс, и по этой причине правильно говорить о “поллюциях у женщины”. *Розенталь*, по-видимому, был первым автором, заговорившим о поллюциях у женщин. В своем клиническом исследовании нервных заболеваний *Розенталь* описал процессы поллюции, возникающие у эротически чрезмерно возбужденных женщин в результате похотливых сновидений. В одном случае он обнаружил истечение “слизеподобной” жидкости из внешне неповрежденных половых органов; он полагал, что это происходит из протоков бартолиновых желез и из слизистых желез, окружающих отверстие мочеиспускательного канала. *Фере* сообщает о случае с пациенткой, у которой была эрогенная зона в области верхней части грудины; давление на эту зону привело к обильному выделению вульвовагинальной жидкости. В этой связи мы можем также вспомнить о “клиторальных кризисах”, которым подвержены табетические женщины. *Гутцайт* описал процесс поллюции у женщин следующими словами: “Примечательно, что во сне такие женщины испытывают ощущение эякуляции”.

Психическая подготовка неизменно состоит из похотливых восприятий сновидений. Остается лишь открытым вопрос, можно ли сказать, что этот процесс, который у мужчины бесспорно физиологичен, у женщины протекает в физиологических пределах. Исследования, опубликованные *фон Краффт-Эбингом* более двадцати лет назад под названием “Относительно процессов, аналогичных поллюциям, происходящим у женщин”, дали отрицательные результаты применительно к здоровым индивидуумам; с другой стороны, рассматриваемое явление отнюдь не было редкостью у женщин с нервными расстройствами и, прежде всего, у сексуально астеничных женщин. Невроз был частично обнаружен в результате психического или мануального онанизма у девственниц с патологически усиленным либидо; частично у замужних женщин в результате неудовлетворительного полового акта, как описано ранее; частично также у замужних женщин с сильным либидо и вынужденным воздержанием от половых сношений вследствие приобретенной импотенции или смерти мужа.

Точно так же, как в случае с неврастеничным мужчиной, эти поллюции усугубили первичный невроз, и избавление от нервного расстройства не было достигнуто до тех пор, пока фактор “поллюций” не был распознан и не стал объектом специального лечения. В исключительных случаях “загрязнения” оказывались отправной точкой всего невроза.

Далее было примечательно, снова демонстрируя аналогию с тем, что происходит у мужчин, насколько сильнее и пагубнее был шоковый эффект неадекватного процесса эякуляции, происходящего в сексуальном сновидении, по сравнению с гораздо менее пагубным влиянием аналогичной неполной эякуляции, происходящей *во время коитуса*. При очень тяжелых степенях сексуальной неврастении, как и у мужчин, пробужденное воображение может привести к “загрязнению”. В таких случаях шоковое воздействие на нервные центры имеет тенденцию быть чрезмерно сильным. Еще более высокая степень раздражительности генитальной системы, по-видимому, существует в случаях, когда возбуждение и оргазм репродуктивных органов могут завершаться “загрязнением” чисто спинномозговых путей без вмешательства воображения. Значение этого факта, по-видимому, является значительным для правильного понимания и лечения определенных состояний неврастении (сексуальной) у женщин. “Загрязнение” здесь может быть действительной причиной невроза. Но в любом случае, у женщин возникновение поллюций является чрезвычайно важным симптомом как с точки зрения диагностики, так и терапии. Весьма вероятно, что галлюцинации при половом

акте и жалобы душевнобольных женщин на попытки насилия ночью действительно зависят от таких “поллюций”.

Фон Краффт-Эбинг сообщает о следующем характерном случае. Мисс X., тридцати лет, принадлежащая к семье, предрасположенной к безумию, и сама страдающая невропатией с раннего детства, заявила, что с шести лет была подвержена похотливым фантазиям, которым становилась все более подверженной по мере взросления. В конечном итоге развился типичный психический онанизм, и в последние годы ее заболевание приняло форму сексуальной неврастении. Сама пациентка подозревала, что существует связь между ее нервным расстройством и дурной привычкой. Популярная работа *Бока*, наконец, принесла ей полное просветление, связанное с сильным эмоциональным расстройством. Это последнее теперь усугублялось несчастьями, от которых страдала семья. Затем пациентка отказалась от своей вредной привычки, но состояние ее здоровья, тем не менее, ухудшилось. Она была нервно чрезвычайно раздражительной; ее сон был недостаточным, не освежающим, и ее беспокоили похотливые сны; она страдала от раздражения позвоночника, анемии, скудных и болезненных менструаций. Склонность к противоположному полу и к браку, до сих пор незначительная, теперь снизилась до минимума: с другой стороны, пациент, несмотря на все усилия добиться обратного, становился все более и более подвержен состоянию, аналогичному приапизму у мужчин, генитальному оргазму, отнюдь не сладострастному по своему характеру, и часто действительно болезненному. В связи с этим произошли ночные поллюции, пациентка проснулась от похотливых сновидений со сладострастным ощущением и влажностью наружных половых органов. После таких поллюций в течение всего последующего дня она чувствовала себя чрезвычайно усталой и подавленной и страдала от сильного раздражения позвоночника. Через некоторое время ночные поллюции происходили без предшествования похотливым снам, и в конечном счете аналогичные состояния испытывались и днем. С большим трудом пациентка решилась обратиться за медицинской помощью. Она была анемичной, истощенной, эмоциональной и капризной. Поясничный и шейный отделы позвоночника были чрезвычайно чувствительны к давлению. Сон был скудным и не освежающим, пациентка чувствовала себя усталой и несчастной, она жаловалась на тянущее ощущение и другие паралгические ощущения в областях, снабжаемых поясничным и крестцовым сплетениями. Были усилены глубинные рефлексy. Она боялась начала заболевания спинного мозга и считала, что причину ее болезни следует искать в длительном предавании психическому онанизму. Прочтение книги *Бока* впервые заставило ее понять истинную природу своего проступка. Она никогда не практиковала ручную мастурбацию. Ее основной жалобой было почти непрекращающееся беспокойство и возбуждение в половых органах. Она сравнила это с ощущением дискомфорта в желудке, вызванным голодом. В области половых органов (которые при осмотре казались вполне нормальными) у нее было неприятное ощущение жгучего жара, пульсации, беспокойства, как будто там работал часовой механизм. Теперь эти ощущения очень редко ассоциировались со сладострастными идеями. Этот сексуальный невроз имел чрезвычайно угнетающий конституциональный эффект. У нее было временное облегчение только тогда, когда локальные ощущения достигали кульминации в загрязнении; но это, с другой стороны, усиливало ее общие невропатические расстройства. Наиболее сильно она страдала во время менструации. Ей были назначены сидячие ванны при температуре от 23° до 19° R. (от 84° до 75°F.), суппозитории из монобромида камфары, 0,6 (9 гран), с экстракцией. белладон 0,04 (3/4 гр.), бромид натрия 3,0 - 4,0 (45-60 гран) каждый вечер; также порошки, содержащие камфару 0,1 (1½ грана), лупулин 0,05 (3/4 грана) и др. секал 0,08 (1/4 грана), два раза в день. Это лечение принесло пациенту большое облегчение и обеспечило полную

расслабленность в дневное время. Таким образом, к ней вернулась сильно подорванная вера в будущее, и ее эмоциональное спокойствие было восстановлено.

Частое возникновение поллюций у женщин, так называемых вульвовагинальных кризов и клиторальных кризов, рассматривается *Эйленбургом* как яркое проявление сексуальной неврастении у женщин; в таких случаях за похотливым сновидением самопроизвольно следует более или менее обильное выделение прозрачного желатино-слизистого секрета бартолиновых желез. У женщин, которые мастурбируют, и у трибадистов обильная и даже сильная секреция этих желез вырабатывается при прикосновении к клитору или эрогенным зонам у входа во влагалище, рядом с отверстиями бартолиновых протоков.

Диспареунию, отсутствие сладострастных ощущений у женщин во время полового акта, можно отнести к трем основным причинам:

1. Недостаточная или полное отсутствие периферической стимуляции чувствительных нервных окончаний в женском репродуктивном канале: в этих случаях проводящие пути к нервным центрам никогда не активизируются.
2. Уменьшение или прекращение возбудимости рефлекторного центра в поясничном отделе спинного мозга: это приводит к исчезновению ощущения эякуляции.
3. Тормозящие воздействия, исходящие из коры головного мозга, посредством которых сдерживаются сладострастные ощущения и восприятия.

Первое из этих этиологических влияний, по моему опыту, является наиболее распространенным. Неполная или совершенно неадекватная стимуляция чувствительных нервов полового канала может быть вызвана неумелым выполнением совокупления со стороны мужчины из-за неопытности, или это может зависеть от серьезной диспропорции в размерах между репродуктивными органами мужчины и женщины; в других случаях это может быть связано с заболеванием репродуктивных органов у обоих полов, неблагоприятно влияющим на чувствительность к стимуляции нервов полового канала. Таким образом, неуклюжее или неполное выполнение полового акта может привести к исчезновению сладострастных ощущений, и это в конечном итоге может перейти в постоянную диспареунию. Временная диспареуния очень распространена у молодых жен в первые месяцы супружеской жизни, возникающая в результате болей при дефлорации; и очень постепенно уступает место нормальным сладострастным ощущениям. Может пройти один или два года после вступления в брак, прежде чем вы впервые почувствуете эякуляцию. Нередко диспареуния зависит от неполной потенции у мужа, который не способен вызвать сладострастные ощущения у своей жены. По этой причине диспареуния распространена у молодых женщин, вышедших замуж за пожилых мужчин; но распространена также там, где (как это часто бывает среди русско-польских евреев) мужчины также женятся очень молодыми, в возрасте от шестнадцати до семнадцати лет, и где, более того, муж часто до брака ослаблял свою потенцию мастурбацией: наконец, диспареуния распространена, когда девушки, еще неразвитые сексуально, выходят замуж за мужчин мощного телосложения.

Что касается патологических состояний женских репродуктивных органов, которые противодействуют периферическим сенсорным возбудителям сладострастных ощущений, мы исключаем из дальнейшего рассмотрения очевидные причины, отсутствие и атрофию репродуктивных органов и старческий маразм. Первостепенное значение как причина

потери сексуальной чувствительности в ранний период супружеской жизни должно иметь воспаление ладьевидной ямки из-за неловких попыток полового акта. Другими причинами недостаточной чувствительности являются: полное или частичное сохранение девственной плевы, поражения входа во влагалище, острый или хронический вульвит вследствие раздражающих обильных выделений, особенно как следствие гонорейного вагинита. Последнее названное инфекционное заболевание особенно опасно, потому что бартолиновые железы участвуют в сопутствующем вульвите. Даже после излечения вульвита может сохраняться постоянная диспареуния. Трещины промежности могут привести к недостаточному стимулирующему эффекту полового акта из-за возможного в этих случаях незначительного трения у входа во влагалище. Не менее серьезными иногда являются небольшие, едва различимые трещины во влагалище. Дополнительными причинами недостаточной сексуальной чувствительности являются ректо-вагинальные и пузырно-вагинальные свищи.

Вторая причина диспареунии, уменьшение или полное отсутствие раздражимости рефлекторного центра поясничного расширения спинного мозга, по-видимому, проявляется реже. Мы должны, однако, предположить, что в этой связи ответственны определенные нервные расстройства, такие как истерия и патологические изменения в спинном мозге. Активность поясничного полового центра, по-видимому, у женщин обычно подвержена колебаниям в определенных пределах; и, по-видимому, обычно достигает своей максимальной раздражительности во время менструации. Но обычно эти вариации никогда не бывают настолько велики, чтобы вызвать у женщин полную, хотя и лишь временную диспареунию; в этом отношении они представляют собой разительный контраст с тем, что происходит у других животных в другое время, кроме сезона гона, и примером чего является каждая сука, у которой нет течки, когда она отвергает сексуальные домогательства собаки.

Что касается третьего причинного влияния на возникновение диспареунии, влияния головного мозга, то оно, хотя и важно, используется реже. Заболевания головного мозга, дегенеративные процессы, могут быть церебральной причиной потери сексуальных ощущений. Но чаще определенные корковые восприятия, такие как неприязнь или ненависть к сожителю-мужчине, пылкая страсть к какому-либо другому любовнику, горе и неприятности, оказывают тормозящее влияние, которое затрудняет или совершенно исключает получение сладострастного удовольствия во время полового акта.

Такое состояние, как диспареуния, наши знания о котором полностью зависят от субъективных ощущений соответствующей женщины, естественно, является таким, относительно существования которого трудно получить точную информацию. Очень редко случается, что женщины спонтанно обращаются к врачу с жалобами на это состояние; действительно, по моему опыту, они делают это только тогда, когда они бесплодны, и когда они предполагают, в соответствии с широко распространенным мнением, что их бесплодие связано с отсутствием сладострастных ощущений во время полового акта. Однако чаще всего именно муж считает своим долгом сообщить врачу о поразительной апатии своей жены к половому акту. Но когда однажды внимание врача будет направлено на этот вопрос и когда он начнет расспросы среди своих пациентов научным, бесстрастным образом, принимая во внимание скромность женщины, как того требует моральная важность предмета, он будет поражен частотой диспареунии и найдет в этом объяснение многих неясных явлений в жизни женщин. С другой стороны, никогда не следует забывать, что определенное количество женщин жалуются на диспареунию без каких-либо на то оснований, чтобы вызвать интерес и сочувствие, представляя себя невольной жертвой на супружеском алтаре: опытный гинеколог легко обнаружит случаи, когда его

дезинформируют; более того, он всегда может проверить заявления жены в разговоре с мужем.

Постоянным признаком диспареунии является отсутствие эякуляции во время полового акта. Ранее мы описывали мышечные сокращения, которые приводят к выбросу секрета бартолиновых желез и отхождению маточной и цервикальной слизи, как рефлекторные действия, вызванные сенсорным стимулом, зависящим от трения женских половых органов. Сладострастное ощущение эякуляции, связанное с этими мышечными сокращениями, которое женщина с нормальной чувствительностью переживает как кульминационный момент своего сексуального “удовлетворения”, либо совершенно неизвестно женщине, страдающей диспареунией, либо переживается ею только в сладострастных снах, как загрязнение, при котором сексуальные восприятия во сне действуют как психические стимулы, вызывающие рефлекторную разрядку. Со мной неоднократно случалось, что, расспрашивая женщин, страдающих диспареунией, об их опыте ощущения эякуляции, я получал информацию, что такие ощущения известны им только по описаниям их подруг или иногда из снов, от которых они просыпались с ощущением влаги во внешних половых органах. *Фон Краффт-Эбинг* относит этот процесс к перистальтическому сокращению мышечных волокон фаллопиевых труб и матки, “посредством которого выделяется трубная и маточная слизь”; тогда как, со своей стороны, я придерживаюсь мнения, что эякуляция влияет в первую очередь и главным образом на железы Бартолина, секреция которых выражается сокращением сужающих половых мышц, и во вторую очередь влияет только на железы шейки матки.

В качестве второго признака диспареунии я выделяю удивительно быстрое истечение мужской спермы из женских половых путей сразу после коитуса (*обильное семяизвержение*). Пострадавшая таким образом женщина жалуется при соответствующем допросе на то, что она не в состоянии удерживать сперму и что она вытекает из влагалища сразу после семяизвержения. Причина этого замечательного явления, без сомнения, заключается в том факте, что из-за отсутствия сладострастного ощущения рефлекторные сокращения мышц женских половых органов, обычно сопровождающие это ощущение во время полового акта, не возникают. При влагалищном входе, в обычных условиях, удав хитрый негодяй мышца сокращается, и дальше во влагалище перистальтические сокращения циркулярно утилизировать мышечных волокон средней оболочки массовой информации возникает: таким образом, спермы эякулята во влагалище на некоторое время сохраняется под определенным давлением. Но при отсутствии этих мышечных сокращений, а также мышечных сокращений тазового дна задержка спермы не происходит. Скотоводы и коневоды делали аналогичные наблюдения в отношении коров и кобыл, а именно, что эти животные иногда не способны удерживать сперму после коитуса, и предполагается, что в этих случаях у животных не происходит надлежащей течки. Опытные скотоводы рекомендуют в таких случаях способствовать удержанию спермы путем спринцевания корня хвоста и наружных половых органов холодной водой. Хорошо известно, что при стимуляции периферических чувствительных нервов, расположенных поблизости от половых органов, вызывается рефлекторное возбуждение поясничного центра половых нервов, как это видно, например, в практике бичевания ягодиц для усиления сексуального влечения.

Переходя к рассмотрению патологических изменений, обнаруживаемых в репродуктивных органах женщин, страдающих диспареунией, природа их по большей части будет очевидна в связи с этиологией заболевания. Наиболее частыми, по моему опыту, были хронические воспалительные состояния вульвы и слизистой оболочки влагалища и матки, хронический метрит и параметрит. Очень частым проявлением и практически характерной чертой

диспареунии при длительном течении является выраженное полное расслабление репродуктивного аппарата. Матка чрезвычайно подвижна, обычно загнута назад и частично выпадена, тонкая, с дряблыми стенками и обычно увеличенной полостью; влагалищный проход вялый и сужается до точки; влагалище просторное; наблюдается выраженная гиперсекреция слизистой оболочки всего полового канала; наблюдается большая вялость сужающих половых путей и поднимающих их мышц, а также промежности. У нескольких женщин с диспареунией я обнаружил старые незаживающие рваные раны промежности. В некоторых случаях обращает на себя внимание очень маленький размер клитора. В одном случае при аменорее присутствовала инфантильная матка. В значительной части случаев мне удалось обнаружить снижение как тактильной, так и альгической чувствительности слизистой оболочки влагалища. Женщины по большей части страдали анемией; многие были чрезвычайно тучными и имели лимфатическое строение. Однако в некоторых случаях в репродуктивном аппарате не удавалось обнаружить никаких патологических изменений.

Диспареуния - это состояние, которое затрагивает всю природу женщины, сильно влияет на ее психическую жизнь и, таким образом, приводит к большему психическому, чем физическому ущербу. Сознание того, что ты лишена величайшей радости физической любви, вызывает сильную эмоциональную депрессию даже у женщины, никоим образом не склонной к чувственности, и порождает ипохондрическое состояние, временами даже меланхолию. В других случаях мысль, нередко высказываемая более благополучно расположенными подругами, о том, что женщина сама не виновата в таком состоянии, оказывает на нее деморализующее воздействие и разрушает счастье супружеской жизни. (Мне признавались, что в отдельных случаях диспареуния была лишь относительной.)

Помимо этого, отсутствие сексуального удовлетворения приводит к ряду нервных расстройств, проявляющихся либо в изменчивых признаках истерии, либо в симптомах неврастения. Наконец, часто повторяющийся неполный половой акт, неполный в силу того, что женщина не испытывает ощущения эякуляции, вызывает хроническую гиперемию женских репродуктивных органов, переходящую в застой крови и, в конечном счете, в хронические воспалительные изменения тканей; таким образом, возникают метрит, периметрит и параметрит, сальпингит, офорит, нарушения менструации, меноррагия и атипичные маточные кровотечения. Нельзя опровергнуть возможность того, что таким образом также могут возникать новообразования репродуктивных органов. Акт полового акта, который поначалу может быть для женщины делом сравнительно безразличным, и в котором она играет свою роль просто из чувства долга, становится, в случаях давней диспареунии, чем-то, к чему она испытывает явную неприязнь, и признается ею как действительная причина неприятностей, возникающих при половом акте, таких как боли в крестце, ощущения тяжести и давления в области таза, странности, воспаления, чувство истощения и т.д.

Иногда извращенные сексуальные ощущения связаны с диспареунией. Женщины, которые не находят удовольствия в нормальном половом акте с мужчиной, иногда мастурбируют, иногда предаются лесбийской любви и т.д.

Мне представляется очень важной связь между диспареунией и бесплодием у женщин. Как уже указывалось, диспареуния возникает в основном под наблюдением врача в тех случаях, когда она связана со стерильностью. Муж, обращаясь за советом по поводу неспособности своей жены забеременеть, жалуется на ее фригидность при половом акте в качестве вероятной причины; или жена приходит за советом, говоря, что она никогда не испытывает сексуального удовлетворения и что по этой причине ей не удалось забеременеть. На самом деле диспареуния и бесплодие ассоциируются с такой поразительной частотой, что мой

собственный опыт заставляет меня поверить в существование этиологической связи между этими двумя состояниями, по крайней мере, в определенной доле случаев. Среди 69 бесплодных женщин, которых я опросил по поводу диспареунии, последнее состояние присутствовало у 26, то есть в 38% случаев. *Мэтьюз Дункан* сообщил, что из 191 бесплодной женщины 62 не испытывали сексуального удовольствия. Сексуальное возбуждение женщины во время совокупления, несомненно, оказывает определенное влияние на возникновение зачатия, поскольку мы знаем, что сладострастные ощущения вызывают рефлекторные действия в половых органах, способствующие удержанию спермы и ее прохождению через зев внутрь матки, а также, возможно, вызывают рефлекторные изменения в секрете шейки матки, которые способствуют прохождению сперматозоидов в полость матки.

В случаях относительной диспареунии также проявляется влияние этого состояния на бесплодие: неверная жена забеременела от своего любовника, хотя она оставалась бесплодной в половом акте с мужем, к которому она равнодушна. К диспареунии такого рода (зависящей от сексуальной дисгармонии) мы можем также отнести бесплодие супружеской пары, которая в течение некоторого времени жила вместе в бесплодных сношениях, тогда как после развода и заключения новых союзов и мужчина, и женщина оказываются нормально фертильными. Такие случаи были мне лично известны; и подобные примеры привлекали внимание натурфилософов древности, например, Аристотеля. Важность сладострастных ощущений в содействии зачатию проявляется также из того факта, что у большинства женщин после мук дефлорации диспареуния обычно сохраняется в течение некоторого времени в ранний период супружеской жизни; и, соответственно этому, первое зачатие обычно откладывается на некоторое время после вступления в брак, до периода, соответствующего пробуждению ощущения семяизвержения. В этой связи *Корти* сообщает о случае с дамой, которая, хотя и была в полном расцвете сил, оставалась бесплодной в течение первых пятнадцати лет своей супружеской жизни; затем она родила ребенка, отцом которого, несомненно, был ее любовник; а после этого последовательно двух других детей, прародителем которых был законный муж. Эта дама никогда не испытывала сладострастных ощущений при половом акте до момента своего первого зачатия. Подобные обстоятельства, имеющие еще более ясное значение, часто наблюдались среди низших животных; и *Дарвин* записал несколько поразительных наблюдений этого характера. Принимая во внимание все имеющиеся данные, мы вынуждены рассматривать диспареунию как состояние, способное вызвать бесплодие у женщин, хотя последовательность действий не является абсолютно необходимой или неизменной.

Чтобы вызвать сладострастные ощущения во время полового акта, дикие расы используют различные средства, некоторые из которых мы здесь приводим из работ *Плосс-Бартельса*. В Абиссинии и на побережье Занзибара молодых девушек обучают определенным вращательным мышечным движениям, известным под названием дук-дук, которые они используют во время полового акта для увеличения сексуального удовольствия. Многие дайаки прокалывают головку полового члена серебряной иглой сверху вниз; эта игла удерживается на месте, как сетон, до тех пор, пока через головку не образуется постоянный канал: чтобы во время полового акта сильнее стимулировать женщину, в этот канал непосредственно перед половым актом вводятся различные мелкие предметы, такие как маленькие стержни из меди, слоновой кости, серебра или бамбука, или серебряные инструменты, заканчивающиеся пучками щетинок; они выступают с поверхности головки и обеспечивают более сильное трение влагалища, тем самым увеличивая сексуальное удовольствие женщины. Мужчины без такого аппарата отвергаются женщинами, в то время как те, кто проделал несколько таких каналов в головке и, следовательно, может ввести

несколько инструментов, особенно востребованы и ценятся женщинами. Такой прибор известен как ампаланг, и символическим образом женщина указывает выбранному ею мужчине на свое желание, чтобы он им воспользовался; он находит в своей миске с рисом свернутый лист, в который вложена сигарета, представляющая размер желаемого ампаланга. У альфуров Северного Целебеса, чтобы усилить сладострастное удовольствие женщины во время полового акта, мужчины обвязывают вокруг венечной железы козлиные веки, обрамленные ресницами, образуя таким образом щетинистый воротник; на Яве и в Зондской провинции мужчины перед половым актом обматывают пенис полосками козьей кожи, оставляя головку свободной. В Китае на венечную железу наматывают оторванные фрагменты птичьего крыла; они также выступают наподобие щетинок и увеличивают трение. Среди батта Суматры странствующие знахари проводят операцию, посредством которой они вводят под кожу полового члена маленькие камни, иногда в количестве десяти штук, иногда также угловатые осколки золота или серебра; они заживают под кожей и усиливают стимуляцию коитуса у женщин. У малайцев с острова Борнео пенис перфорируют и вставляют в него тонкую латунную проволоку с загнутыми внутрь концами: перед половым актом острые концы проволоки вытягивают наружу так, чтобы они выступали из кожи.

В нашей части света любители сладострастия используют кольцо из индийской резины, усеянное шипами, которое перед половым актом надевают на венечную железу, чтобы вызвать сексуальное удовлетворение у женщины во время полового акта. В случаях снижения потенции у мужчин, чтобы вызвать достаточное сексуальное возбуждение у женщин за счет более мощной эрекции полового члена, в настоящее время используются различные механические средства. Например, у такого частично импотентного мужчины можно надеть на корень полового члена стягивающую резиновую ленту, благодаря чему затрудняется отток крови из кавернозных тел и вызывается более полная и продолжительная эрекция. Пожилые мужчины часто заявляли мне, что они были вполне удовлетворены применением этой простой меры, в то время как за их спинами их жены уверяли меня, что результаты были далеки от удовлетворительных. Аппарат, описанный Рубо для увеличения полового члена, больше не используется. Однако мужчины с частичной импотенцией пользуются инструментом, известным под названием “шлиттен”, изготовленным из золота, серебра или белого металла; он состоит из двух тонких пластинок, соединенных у основания металлическим кольцом, а на верхнем конце индийским резиновым кольцом. Это небольшое устройство, которое должно быть изготовлено точно по размерам, делает возможным введение несовершенно эрегированного пениса во влагалище; оно поддерживает пенис и легко приспосабливается к изменению размера органа по мере того, как он медленно становится эрегированным.

Фертильность у женщин.

Фертильность женщин - это основа плодovitости нации, ее роста, ее могущества и ее значимости. Здесь особенно учитывается фертильность замужних женщин, которая является источником статистических данных о фертильности; они обычно получают путем расчета соотношения между количеством браков, заключенных за данный период, и количеством детей, родившихся за тот же период.

Фертильность женщин - это функция, начинающаяся в возрасте, варьирующемся в зависимости от многих условий, и претерпевающая угасание в определенный период жизни. На самом деле он связан с продолжительностью сексуальной жизни женщины и, вообще говоря, простирается с шестнадцатого по пятидесятый год жизни. Климат, раса,

телосложение и патологические состояния одинаково влияют на первое появление менструации и первую беременность; и поскольку они влияют на продолжительность менструальной активности, они также влияют на продолжительность фертильности.

В Библии зафиксированы многочисленные случаи раннего начала зачатия. И в настоящее время в странах с теплым климатом мы встречаемся со многими примерами раннего материнства. Из великого труда *Плосс-Бартельса*, который мы уже часто цитировали, мы извлекаем и обобщаем следующие этнографические подробности. Среди жен босджесмена часто встречаются десятилетние матери; путешественники в Новой Зеландии часто видели одиннадцатилетних матерей и матерей того же возраста у самоедов и в Палестине; двенадцатилетних матерей в Британской Гвиане, на Ямайке, у шангалла, в Ширазе в Персии, у коптов в Египте; тринадцатилетних матерей на Кубе, у сиу и дакотов и в Новой Каледонии; четырнадцатилетних матерей у негров Габуна.

По наблюдениям Робертсона, из шестидесяти пяти индианок там впервые родили:

В возрасте 10 лет	1
В возрасте 11 лет	4
В возрасте 12 лет	11
В возрасте 13 лет	11
В возрасте 14 лет	18
В возрасте 15 лет	12
В возрасте 16 лет	7
В возрасте 17 лет	1

Более того, в архивах европейских стран мы находим многочисленные случаи очень раннего материнства. *Случай* Молитора, у девочки девяти лет при рождении везикулярной родинки с эмбрионом; *von Haller's case, pregnancy in the ninth year of life*; *Carus'*, Карус, беременность в возрасте восьми лет. *Каспар* видел в Берлине девочку, которая забеременела в возрасте двенадцати лет и родила живого ребенка. *Рюттель* увидел беременную девятилетнюю девочку. *Кинг* присутствовал при родах девочки, которой на момент родов еще не исполнилось одиннадцати лет. *Тейлор* сообщает о случае с девочкой двенадцати лет и шести месяцев, которая тогда была на последнем месяце беременности. *Кобланк* ухаживал за четырнадцатилетней девочкой, у которой родился ребенок весом четыре с половиной фунта.

В большинстве этих случаев за преждевременной фертильностью следует преждевременное прекращение фертильности. И есть более или менее правда в *заявлении* Брюса относительно арабских женщин в Африке, что те, кто начал рожать детей в возрасте одиннадцати лет, редко оставались фертильными и в двадцать лет.

Временами мы можем наблюдать заметный рост фертильности за пределами среднего возраста, то есть за пределами пятидесяти лет.

В северной Европе беременность в сравнительно преклонном возрасте отнюдь не редкость. Из официальной статистики Дании мы узнаем, что среди 10 000 женщин 465 приняли роды в возрасте от 50 до 55 лет. В Швеции из 10 000 матерей 300 родили детей в возрасте старше 50 лет. В Ирландии доля матерей старше 50 лет составила 345 на 10 000 человек. В Англии официальные данные, касающиеся родов 483 613 женщин, показали, что 7022 были в возрасте от 45 до 50 лет и 167 старше 50 лет.

Хирургическая академия Парижа в авторитетном заявлении относительно позднего возраста, в котором могло произойти зачатие, сослалась на тот факт, что Корнелия из семьи Сципионов родила Волюция Сатурнина в возрасте шестидесяти лет, что врач *Марса* в Венеции зафиксировал наличие беременности у шестидесятилетней женщины, что *де ла Мотт* зафиксировал беременность у женщины пятидесяти одного года, и что он считает правдой, что другая парижанка родила девочку в возрасте шестидесяти трех лет, и что врач из Парижа, который был врачом в сама кормила грудью младенца.

Однако в важном деле, которое рассматривалось в Канцлерском суде Англии, суд постановил, что не было никаких определенных доказательств возможности беременности у женщины шестидесяти лет; но что наибольший возраст, в котором в Англии бесспорно наступила беременность, составлял 54 года.

Из 4925 родов, произошедших в Пражском родильном доме, *Schwing* сообщает, что у 9 женщин были первые роды в возрасте старше 40 лет. Из них:

Троим было по 41 году.

Двоим было по 42 года.

1 было 43 года.

Двоим было по 44 года.

1 было 47 лет.

Халлер сообщает о случаях, когда две женщины родили детей, одна в возрасте 63 лет, другая в возрасте 70 лет. *Мейснер* приняла роды у женщины 60 лет от ее седьмого ребенка; *Раш* присутствовал при родах у женщины 60 лет; *Дьюис* принял роды у женщины 61 года. *Менде* и *Бернштейн* сообщают о случаях родов в возрасте 60 лет. *Марион Симс* видела в штате Алабама негритянку в возрасте от 58 до 60 лет, которая родила ребенка в этом возрасте с интервалом в двадцать лет с момента своей последней беременности. *Ниден* сообщает о случае, когда первая беременность наступила через 26 лет после вступления в брак. Когда они поженились, жене было 18 лет, мужу 30; в течение первых двадцати пяти лет их супружеской жизни не было никаких признаков беременности, но когда жене исполнилось 44 года, менструации, до сих пор регулярные, внезапно прекратились; причиной прекращения оказалась беременность, и в срок родилась здоровая девочка весом девять фунтов; мать смогла сама кормить ребенка грудью. *Смит* ухаживала за 52-летней женщиной, у которой родились близнецы; младшему из восьми других ее детей, которые на тот момент были живы, было десять лет.

Родзевич собрал из русской литературы 1872-1881 годов одиннадцать случаев, когда женщины в возрасте от 50 до 55 лет рожали детей. *Талквист* сообщает, что в Финляндии в 1883 году родила женщина 58 лет; в то время как *Анселл* описывает случай англичанки, которая стала матерью в возрасте 59 лет. *Джон Кеннеди* описывает случай 62-летней женщины, у которой нормальные роды в этом возрасте; у нее начались менструации в возрасте 13 лет, а с 20-летнего возраста ранее родила 21 ребенка, последние пять - когда ей было 47, 49, 51, 53 и 56 лет соответственно. *Prior* даже сообщает о случае с женщиной 72 лет, у которой не только начались месячные, но и был сделан аборт(!)

Идеал фертильности у женщин заключается в том, что за первым завершенным половым актом должно немедленно последовать зачатие, что беременность должна прерваться по истечении обычного срока после рождения ребенка и что тот же процесс должен

повторяться с интервалом примерно в десять месяцев до окончания активной сексуальной жизни. Однако в реальном опыте этого никогда не происходит. Оплодотворение как непосредственное следствие первого акта полового акта (что у низших животных считается правилом) - очень редкое явление у людей. Более того, ни в одном браке репродуктивная способность жены не используется в полной мере до момента угасания ее репродуктивной способности; либо потому, что потенция партнера-мужчины постепенно снижается, либо, возможно, потому, что через некоторое время половые сношения становятся менее частыми, либо потому, что принимаются меры предосторожности против продолжения рода.

Количество детей, которых женщина теоретически могла бы родить в течение трех десятилетий своей сексуальной жизни, от менархе до менопаузы, на самом деле никогда не рождается. Если мы предположим, что в период активной сексуальной жизни женщине требуется период от пятнадцати месяцев до двух лет для каждой беременности, родов и лактации, женщина легко могла бы за этот период родить пятнадцать или шестнадцать детей, и эта цифра представляла бы нормальный результат нормальной фертильности человеческой женщины. Действительно, есть женщины, которые, возможно, из-за исключительно длительного периода сексуальной активности, или из-за неоднократного рождения близнецов или тройняшек, или из-за того, что они были замужем за несколькими мужьями подряд, родили двадцать четыре ребенка или даже больше. В Берлине в 1901 году жила женщина 41 года, у которой было 23 ребенка; было три женщины в возрасте соответственно 40, 43 и 46 лет, у каждой из которых было по 21 ребенку; 246 женщин с семьями численностью от 13 до 20 человек; и 169 женщин, каждая из которых родила по 12 детей. Однако в подавляющем большинстве случаев способность к деторождению у современной жены никогда не развивается в полной мере. Она по-разному изменяется условиями брака, социальными обстоятельствами, соображениями, касающимися здоровья мужа или жены, реальными заболеваниями и добровольным ограничением фертильности. Вообще говоря, согласно исследованиям *Кетле*, *Сэдлера* и *Финлейсона*, фертильность женщин наиболее высока в браках, в которых муж ровесник жены или немного старше, но без заметной разницы в возрасте. Браки, заключенные в очень раннем возрасте, менее плодотворны; самая высокая фертильность наблюдается в браках, заключенных, когда мужу 23, а жене 26 лет.

Зачатие обычно не происходит до тех пор, пока половой акт не будет часто повторяться. В результате моего собственного статистического исследования, касающегося 556 плодотворных браков, я установил, что в этих случаях произошли первые роды:

В течение 10 месяцев после вступления в брак в 156 случаях.

В течение 11-15 месяцев после вступления в брак в 199 случаях.

В течение 16-24 месяцев после вступления в брак в 115 случаях.

В течение 2-3 лет после вступления в брак в 60 случаях.

Более чем через 3 года после вступления в брак в 26 случаях.

Таким образом, мы узнаем, что в 35,5% случаев первые роды произошли в течение 1 ¼ года после вступления в брак; в 15,6% случаев в течение 10 месяцев; и в 19,9% случаев в течение 15 месяцев после вступления в брак; и в 11,5% случаев первые роды произошли более чем через 1 ¼ года и менее чем через 2 года после вступления в брак; в 6,0% случаев это было между 2 и 3 годами после вступления в брак; и в 2,6% случаев первые роды произошли более чем через 3 года после вступления в брак.

Изучив записи о рождении в Эдинбурге и Глазго, *Мэтьюз Дункан* определил, что средний интервал между вступлением в брак и рождением живого ребенка составляет семнадцать месяцев. В большинстве случаев первые роды происходят только по истечении полного года после вступления в брак; фактически, почти в двух третях случаев первые роды происходят на втором году супружеской жизни.

Интервал между двумя последовательными родами составляет, согласно *Мэтьюсу Дункану*, в среднем от 18 до 24 месяцев, согласно Гелерту, от 24 до 26 месяцев; последний, однако, указывает, что в случаях, когда ребенок умирает очень скоро после рождения, рождение следующего ребенка наступает в среднем через 16-18 месяцев. В этой связи мы не должны упускать из виду влияние лактации, поскольку матери, которые не кормят грудью своих детей, в среднем забеременевают значительно раньше, чем те, кто берет на себя эту обязанность. Например, в царствующих семьях отнюдь не редкость, когда супруга рождает дважды в течение одного года. Степень, в которой лактация препятствует зачатию, настолько широко известна, что женщины часто кормят своего ребенка грудью в течение очень длительного периода с определенной целью предотвратить скорейшее повторение беременности. Высокопоставленный чиновник из Голландской Индии сообщил мне, что по этой причине туземные женщины привыкли кормить своих младенцев грудью в течение нескольких лет и что отнюдь не редкость видеть, как маленький мальчик бежит вокруг, куря сигару, а затем спешит к своей матери, чтобы ее покормили.

Возраст, в котором женщина вступает в брак, также в определенной степени влияет на ее фертильность, поскольку оказывается, что те, кто вступает в брак очень молодыми, гораздо менее фертильны, чем те, кто выходит замуж в возрасте от 20 до 25 лет; кроме того, у последних в среднем меньше времени на ожидание своего первого зачатия, чем у женщин, которые выходят замуж до 20 лет. Женщинам, которые выходят замуж после 25 лет, приходится дольше ждать первых родов после вступления в брак; фактически, чем старше женщина после 25 лет, тем больше в среднем интервал между вступлением в брак и первыми родами.

Сопоставляя уже упомянутые данные о 556 плодовитых женщинах с этой точкой зрения, получается, что первые роды произошли:

	В течение 10 месяцев после вступлени я в брак.	Через 10- 15 месяцев после вступлени я в брак.	от 15 месяцев до 2 лет после вступлени я в брак.	От 2 до 3 лет после вступлени я в брак.	Более 3 лет после вступлени я в брак.
У 163 женщин, выходящих замуж в возрасте от 15 до 20 лет	36	53	46	18	10
У 313 женщин, выходящих замуж в возрасте от 20 до 25 лет	98	113	56	32	14
У 70 женщин, выходящих замуж в возрасте от 25 до 33 лет	18	30	12	9	1
Из 10 женщин, выходящих замуж в возрасте старше	4	3	1	1	1

33 лет

Если говорить в процентах, то произошло первое рождение,

	В течение 10 месяцев после вступления в брак.	Через 10-15 месяцев после вступления в брак.	от 15 месяцев до 2 лет после вступления в брак.	От 2 до 3 лет после вступления в брак.	Более 3 лет после вступления в брак.
Женщины, выходящие замуж в возрасте от 15 до 20 лет, в	22,0%	32,5%	28,2%	11,0%	8,1%
Женщины, выходящие замуж в возрасте от 20 до 25 лет, в	31,3%	36,1%	17,8%	10,2%	4,4%
Женщины, выходящие замуж в возрасте от 25 до 33 лет, в	25,7%	42,8%	17,1%	12,8%	1,4%
Женщины, выходящие замуж в возрасте старше 33 лет, в	40,0 %	30,0%	10,0%	10,0%	10,0%

Таким образом, в то время как у женщин, вступивших в брак в возрасте от 15 до 20 лет, только 54,5% впервые родились в течение 15 месяцев после вступления в брак, у женщин, вступивших в брак в возрасте от 20 до 25 лет, у 67,4% первые роды произошли в течение 15 месяцев после вступления в брак. И если у тех, кто вступил в брак в более раннем возрасте, процент первых родов, произошедших между 15 месяцами и 2 годами после вступления в брак, составил 28,2, то у тех, кто вступил в брак в возрасте от 20 до 25 лет, процент первых родов после указанного интервала составил всего 17,8.

Цифры, составленные Уайтхедом и Пфаннкухом, дают аналогичные результаты. Из 700 женщин, вышедших замуж в возрасте от 15 до 20 лет, только 306 родили ребенка в течение первых двух лет после вступления в брак; тогда как из 1835 женщин, вышедших замуж в возрасте от 20 до 25 лет, не менее 1661 родили ребенка в течение двух лет после вступления в брак - процент 43,7 в первом случае и 90,6 во втором. Пфаннкух в результате очень большого сбора данных, относящихся к этому вопросу, обнаружил, что у женщин, выходящих замуж в возрасте до 20 лет, среднее количество месяцев до первых родов составляло 26; тогда как у женщин, выходящих замуж после 20 лет, среднее количество месяцев до первых родов составляло 20.

По словам Мэтьюза Дункана

Из каждых 100 женщин, вступающих в брак,	На 1-м году супружеской жизни	
	Становятся матерями.	На втором году супружеской жизни.
В возрасте от 15 до 20 лет	13,71	43,70
В возрасте от 20 до 25 лет	18,48	90,51
В возрасте от 25 до 30 лет	12,41	75,80

В возрасте от 30 до 35 лет	11,44	62,93
В возрасте от 35 до 40 лет	9,27	40,97

Сэдлер исследовал взаимосвязь между возрастом заключения брака и количеством потомства у жен английских пэров. Он получил следующие результаты:

Брачный возраст. Число рождений в браке.

от 12 до 16 лет	4.40
от 16 до 20 лет	4.63
от 20 до 24 лет	5.21
от 24 до 28 лет	5.43

На основе точных статистических данных о рождаемости в скандинавских странах Европы (Дании, Швеции и Норвегии), Гелерт составил следующую таблицу, показывающую процент рождаемости в разном возрасте:

Возраст.	Замужние женщины.			Незамужние женщины.		
	Дания.	Швеция.	Норвегия.	Дания.	Швеция.	Норвегия.
До 20 лет.	1,0	1,0	0,7	9,1	7,0	4,9
От 20 до 25 лет.	13,9	12,8	11,9	43,9	35,1	37,0
От 25 до 30 лет.	26,5	24,7	24,7	28,1	27,9	32,4
От 30 до 35 лет.	26,7	26,1	25,3	11,4	16,8	14,9
От 35 до 40 лет.	21.0	21.6	21.3	5.4	9.0	7.1
От 40 до 45 лет.	9.9	12.0	13.0	2.1	4.2	3.7
Старше 45 лет.	1.1	1.8	3.1			

Из этой таблицы следует, что фертильность замужних женщин неуклонно возрастает до 35-летнего возраста, но после этого возраста она начинает снижаться. Какое заметное влияние оказывает брачный возраст на фертильность, показывает сравнение показателей, относящихся к замужним женщинам, с показателями, относящимися к незамужним женщинам; фертильность незамужних матерей достигает максимума в возрасте от 20 до 25 лет. В рассматриваемых странах средний возраст женщин на момент вступления в брак составляет от 25 до 27 лет.

Чтобы получить еще более четкую картину фертильности женщин в зависимости от возраста, Гелерт объединила цифры, относящиеся к замужним и незамужним, а затем рассчитала процентные соотношения, получив следующие результаты:

Возраст.	Замужние и незамужние женщины.		
	Дания.	Швеция.	Норвегия.
До 20 лет.	1.7	1.6	1.1
От 20 до 25 лет.	16.6	15.1	14.1
От 25 до 30 лет.	26.6	25.0	25.3
От 30 до 35 лет.	25.3	25.1	24.4
От 35 до 40 лет.	19.6	20.4	20.0
От 40 до 45 лет.	9.2	11.2	12.2

От 45 до 50 лет.	1.0	1.6	2.9
Старше 50 лет.			

Если, наконец, мы объединим в единую таблицу цифры, относящиеся ко всем трем этим странам, то получим следующие результаты:

Моложе 20 лет	1,5%
От 20 до 25 лет	15,3%
От 25 до 30 лет	25,6%
От 30 до 35 лет	24,9%
От 35 до 40 лет	20,0%
От 40 до 45 лет	10,9%
Старше 45 лет	1,8%

Из этих цифр следует, что максимальная фертильность замужних женщин достигается в Дании в возрасте 31 года, в Норвегии - в возрасте 31,7 года и в Швеции - в возрасте 32 лет. У незамужних женщин максимальная фертильность наблюдается в возрасте от 24 до 26 лет. В Австрийской империи максимальная фертильность женщин достигается примерно в возрасте 30 лет; в Англии она достигается в возрасте от 20 до 25 лет.

Различные результаты относительно фертильности замужних женщин в разном возрасте были получены *Гелертом* в результате изучения 5290 случаев из правящих семей Европы. При благоприятном положении с точки зрения средств к существованию, занимаемом членами этих семей, вступление в брак естественным образом происходит в большинстве случаев гораздо раньше в жизни, средний возраст вступления в брак составляет от 19 до 22 лет — самой молодой матери (в династии Капетингов) было всего 13 лет — и по этой причине цифры, относящиеся к младшим возрастным категориям, больше, чем в предыдущих таблицах. Но в результате этого репродуктивная способность также подвергается более раннему угасанию, так что ни одна из этих женщин не родила ребенка, когда ей было больше 50 лет. *Гелерт* приводит следующую таблицу, составленную на основе этих 5290 экземпляров:

Моложе 20 лет	8,8%
От 20 до 25 лет	25,4%
От 25 до 30 лет	29,4%
От 30 до 35 лет	21,6%
От 35 до 40 лет	11,5%
Старше 40 лет	3,3%

В этих случаях максимальная фертильность была достигнута в возрасте 27 лет.

Физиологическая фертильность женщин гораздо яснее проявляется, когда мы сравниваем фертильность женщин, состоящих в браке всего несколько лет, с фертильностью женщин в более поздние годы супружеской жизни. В более ранний период эффективная фертильность более приближается к физиологической фертильности, потому что в это время различные воздействия, с помощью которых фертильность позже так сильно снижается, еще не вступили в действие. В этой связи будут интересны следующие данные, опубликованные

Körösi, касающиеся процента фертильности недавно вышедших замуж женщин и фертильности замужних женщин в целом:

	Недавно вышедшие замуж женщины.	Все замужние женщины.
В возрасте от 20 до 35 лет.	32,9%	20,6%
В возрасте от 35 до 40 лет.	32,7%	14,7%
В возрасте от 40 до 45 лет.	21,4%	5,9%

Поскольку из этой таблицы мы узнаем, что у женщин в возрасте 40 лет и старше фертильность новобрачных в четыре раза выше, чем у замужних женщин в целом, у которых беременность уже стала редкостью, мы можем сделать вывод о влиянии на фертильность воздержания и искусственных мер по предотвращению зачатия.

В среднем максимальная фертильность женщины, то есть максимум эффективной фертильности, достигается в возрасте от 18 до 20 лет. Крайняя молодость, а также противоположное состояние, слишком преклонный возраст, в котором вступают в брак, ухудшают фертильность женщины; тогда как условия, наиболее благоприятные для фертильности, заключаются в том, что на момент вступления в брак матка должна достичь своего полного развития, а яичники также должны быть полностью зрелыми; обычно это происходит не в период полового созревания, а скорее в возрасте 20, 21 или 22 лет. В Австро-Венгрии из 100 браков, в которых возраст жены при вступлении в брак был менее 18 лет, среднее потомство в течение одного года составляло от 36 до 38 детей; в случае 100 браков, в которых возраст жены при вступлении в брак составлял от 18 до 20 лет, среднее потомство за год составляло 40; это максимальный показатель фертильности, количество потомства за год на сто браков (т. е. процент фертильности) в настоящее время регулярно снижается по мере увеличения возраста жены при вступлении в брак; в возрасте 25 лет процент фертильности составляет 32; в возрасте в возрасте 30 лет фертильность составляет 24%; в возрасте 35 лет - 17%; в возрасте 40 лет - едва 10%; в возрасте 45 лет - 7%; в возрасте от 45 до 50 лет - 0,1%. Таким образом, из последней цифры мы видим, что из тысячи женщин, выходящих замуж в возрасте 50 лет, только одна рождает ребенка. Мужчины достигают максимальной фертильности (т. е. способности к деторождению) в возрасте 25 или 26 лет; в этом возрасте их фертильность составляет 35% (то есть из 100 браков в этом возрасте в среднем за один год рождается 35 детей); в возрасте 35 лет процент фертильности мужчин падает до 23; в возрасте 45 лет он составляет 9½%; в 55 лет - 2,2%; в 65 лет - ½% (*Кереси-Блашко*).

Принимая во внимание, что до сих пор мы рассматривали только моногенную фертильность замужних женщин, мы должны помнить, что представляют интерес также цифры, относящиеся к их биогенной фертильности, то есть изменения, которые фертильность женщины претерпевает в супружеской жизни в зависимости от особенностей ее мужа; и из этих особенностей легче всего сделать объектом статистического исследования возраст мужа. Возраст мужа оказывает важное влияние на фертильность жены, о чем свидетельствуют следующие данные, опубликованные *Кереси*:

Возраст Отца.	Возраст матери.		
	25 лет.	30 лет.	35 лет.
от 25 до 30 лет	35,6%	25,0%	21,2%
от 30 до 35 лет	31,2%	23,6%	19,9%
от 35 до 40 лет	27,5%	21,8%	19,4%

от 40 до 45 лет	16,7%	14,0%
от 45 до 50 лет	14,4%	10,9%
от 50 до 55 лет		10,9%

Также:

Возраст Матери.	Возраст отца.			
	25 лет.	35 лет.	45 лет.	55 лет.
Моложе 20 лет	49,1%			
От 20 до 25 лет	43,0%	31,3%	16,0%	
от 25 до 30 лет	30,8%	27,3%	18,5%	
от 30 до 35 лет	33,5%	23,7%	14,4%	8,1%
от 35 до 40 лет		18,9%	11,8%	6,7%
от 40 до 45 лет		6,6%	6,1%	3,0%

Из этих цифр мы узнаем, что максимальной фертильностью обладает женщина 18 лет, состоящая в браке с мужчиной 25 лет; менее фертильной является женщина в возрасте от 25 до 30 лет, состоящая в браке с мужчиной 28 лет; еще менее фертильной является женщина 35 лет, состоящая в браке с мужчиной 29 лет. Ни возраст одной только матери, ни возраст одного только отца не являются определяющими для плодovitости брака, поскольку плодovitость молодых жен, вышедших замуж за пожилых мужей, сильно отличается от плодovitости молодых жен, вышедших замуж за молодых мужей. Возможны самые разные возрастные комбинации, и каждая из них демонстрирует среднюю фертильность, характерную для нее самой.

Мы также можем рассматривать этот вопрос с точки зрения *разницы* в возрасте мужа и жены соответственно. В этой связи, Кереси приводит свои таблицы к выводу, что жены в возрасте от 18 до 20 лет достигают максимальной фертильности, когда выходят замуж за мужчин на 7 лет старше себя; женщины в возрасте 25 лет, когда выходят замуж за мужчин на 3 года старше себя; женщины в возрасте 29 лет, когда выходят замуж за мужчин того же возраста; женщины в возрасте 30 лет и старше достигают максимальной фертильности, только когда выходят замуж за мужчин моложе себя. Мужчины, напротив, всегда достигают максимальной фертильности, когда женятся на женщинах моложе себя. Возраст максимальной фертильности различается у двух полов, и наиболее плодотворными будут те браки, в которых муж и жена принадлежат к возрасту, наиболее благоприятному для фертильности. Это будет иметь место, когда возраст жены составляет от 18 до 20 лет, а мужа - от 24 до 26 или, возможно, 29 лет.

В связи с вопросом о фертильности мы также должны принимать во внимание жизнеспособность рожденных детей, то есть какая доля родившихся выживает. Согласно *интересным работам* Кереси о фертильности жителей Буда-Пеша, мы узнаем, что на каждые 100 браков, которые сохранялись в течение тридцати лет и выше, рождалось в среднем 539 детей, из которых за этот период умер 241, так что процент выживших составил 55,28. Поэтому родители, потерявшие только одного из нескольких детей, должны считать себя исключительно благосклонными к судьбе.

Социальное положение, род занятий и религия оказывают, по мнению последнего цитируемого автора, заметное влияние на фертильность. Его исследования показали, что наибольшую плодovitость проявляли римские католики и евреи; среди католиков было 541

ребенок, а среди евреев - 557 детей на 100 браков. С другой стороны, среди 100 протестантских семей родилось только 479 детей. Будет видно, что теория о сравнительно огромной плодовитости еврейской расы не подтверждается этими статистическими данными. Евреи, однако, проявляют большую способность к воспитанию детей, поскольку среди них в результате браков продолжительностью более 30 лет 61 $\frac{2}{3}$ % детей оставались в живых; среди протестантов выжило 57 $\frac{3}{4}$ %; а среди католиков только 52 $\frac{3}{5}$ %. Таким образом, получается, что выжившее потомство на 100 браков продолжительностью 30 лет было среди католиков 278, среди протестантов 252 и среди евреев 349.

На вопрос, влияет ли возраст родителей на жизнеспособность детей, и в какой степени, отвечает *статистика смертности Кереша* в том смысле, что матери моложе 20 лет рожают большую долю детей с дефицитом жизненных сил. Там, где матери выходили замуж в возрасте 16 лет, смертность их потомства составляла среди католиков 43%, среди евреев 33%; выходили замуж в 17 лет, смертность католиков 44%, евреев 30%; выходили замуж в 18 лет, смертность католиков 42%, евреев 32%; выходили замуж в 19 лет, смертность католиков 41%, евреев 29%; выходили замуж в 20 лет, смертность католиков 40%, евреев 26%. Из детей, чьи отцы женились в возрасте 24 лет, 32% умерли; из тех, чьи отцы женились в 23 года, умерло 37%; из тех, чьи отцы женились в 20 лет, умерло 42%; и из тех, чьи отцы женились до 20 лет, фактически умерло 44%. Таким образом, представляется, что дети как очень молодых матерей, так и очень молодых отцов имеют меньшие шансы на выживание.

Поскольку фертильность жены является результатом действия двух факторов, ее собственной фертильности и фертильности деторождающего мужчины, вопрос о фертильности женщин не может быть точно рассмотрен независимо от этого второго соображения; тем самым, однако, вводится множество неясных комбинаций, из-за которых ценность всех статистических данных о фертильности у женщин серьезно снижается.

Эти данные дают в качестве показателя фертильности количество фактически воспитанных детей в браке, включая плодотворные браки, бесплодные браки и те, которые еще не принесли плодов. В Берлине, Копенгагене и Будапесте среднее число рождений, достигнутое таким образом, составляло чуть менее трех на каждую семью, в то время как количество фактически живущих детей составляло в среднем двух на семью. Более точное представление о фертильности получается путем определения количества родившихся детей и числа живущих детей в зависимости от продолжительности браков, исчисляемой в годах, то есть начиная с браков продолжительностью в один год и продолжая из года в год достигать наибольшей зарегистрированной продолжительности брака. Таким образом, была получена интересная статистика; например, человек, проживший в браке тридцать лет, может рассчитывать в среднем на то, что у него родится пять или шесть детей, но может также рассчитывать на то, что похоронил по крайней мере двоих или троих из них. (*Körösi.*)

Фертильность, как показывают многие факты, также зависит от питания. По словам *Спенсера*, пишущего о “Совпадении между высоким уровнем питания и генезисом”, среди млекопитающих обнаружено четкое доказательство того, что обильное питание увеличивает число рождений и наоборот; сравните, например, помет собаки с пометом волка и лисицы. В то время как помет собаки насчитывает от 6 до 14 особей, помета волка - от 5 до 7, помета лисы - от 4 до 6. Дикая кошка рождает 4-5 котят один раз в год, домашняя кошка - 5-6, два или три раза в год. Наиболее заметный контраст в этом отношении существует между дикими и одомашненными породами свиней. Дикая свиноматка раз в год дает помет из 4, 8 или 10 поросят (число увеличивается в последующих пометах); у домашней свиноматки часто бывает до 17 в одном помете, в то время как за два года обычно рождается пять пометов, в каждом из которых по 10 поросят.

Дарвин также обращает внимание на тот факт, что одомашненные животные, которых кормят более обильно и регулярно, чем их диких союзников, размножаются через более короткие промежутки времени и заметно более плодовиты, чем последние. Он утверждает, что у дикого кролика ежегодно рождается четыре помета, в каждом из которых от 4 до 8 детенышей; в то время как ручной кролик воспроизводит свой вид шесть-семь раз в год и дает потомство численностью от 4 до 11. Среди птиц наблюдаются аналогичные явления. Дикая утка, например, откладывает от 5 до 10 яиц в течение года, тогда как ручная утка откладывает от 80 до 100; дикий серый гусь откладывает от 5 до 8 яиц, домашний гусь - от 13 до 18.

Следует добавить, что эта исключительная плодовитость проявляется у животных, которые совершенно неактивны по сравнению со своими дикими союзниками; их не только хорошо кормят, но и они добывают себе пищу, не работая ради этого. Более того, легко заметить, что среди одомашненных млекопитающих сытые более плодовиты, чем некормленные.

Статистическое исследование показывает, что и у человеческого вида на фертильность в заметной степени влияют условия питания. В годы, отличающиеся исключительно хорошим урожаем, число рождаемых детей значительно больше, чем в нормальных условиях, тогда как после голода наблюдается обратное. *Malthus's* Закон народонаселения Мальтуса гласит, *среди прочего*, что численность населения увеличивается, когда увеличивается количество доступного питания, то есть что благоприятные условия питания вызывают увеличение, а неблагоприятные условия питания - уменьшение численности населения. Трудности и изнурительные занятия снижают фертильность женщин. Удивительная плодовитость кафров объясняется тем фактом, что этот народ, обладающий большими стадами крупного рогатого скота, ведет жизнь, сравнительно свободную от забот; не менее верно и то, что бурские женщины, ведущие сытую праздную жизнь, имеют очень большие семьи; тогда как женщины-готтентотки, бедные, плохо питающиеся и тяжело работающие, редко рожают больше трех детей.

Вообще говоря, можно сказать, что плодородие почвы в сочетании с легко добываемыми средствами к существованию способствует также и человеческой фертильности, несмотря на тот факт, что некоторые статистические данные, по-видимому, противоречат этому утверждению. *Сэдлер*, например, приходит к выводу, что повышение цен на предметы первой необходимости *само по себе* не снижает фертильность, а, скорее, увеличивает ее; он считает, что очевидное снижение фертильности связано с тем фактом, что количество браков уменьшается из-за роста цен. Мы должны, однако, указать, что повышение цен на предметы первой необходимости часто ассоциируется с повышением заработной платы и, следовательно, не обязательно отождествляется с недостаточным питанием; однако, когда такое повышение цен приводит к фактической нужде, неизбежно возникает ограничение плодородия; это было доказано *Легойтом* и *Виллерме* в отношении неурожаев. Голод и болезни снижают число рождений; менее острый дефицит питательных веществ часто снижает только качество рождающихся. *Мальтус* придерживался мнения, что численность населения страны в любое время была связана, с одной стороны, с количеством производимых или импортируемых в нее пищевых продуктов, а с другой - с щедростью, с которой эти пищевые продукты распределялись между индивидами. В странах, где кукуруза является основной культурой, население более густое, чем на пастбищах; а там, где рис является основной культурой, население даже более многочисленное, чем в странах, выращивающих кукурузу.

Переходя к рассмотрению отдельных питательных элементов, мы обнаруживаем, что они также влияют на фертильность. Прежде всего, было доказано, что алкоголь заметно снижает

фертильность женщин. *Липпих* утверждает, что из 100 женщин в Кернтене и Крайне, страдающих хроническим алкоголизмом, 28,3 были бесплодны. В Англии, где злоупотребление алкогольными напитками также очень часто наблюдается у женщин, было отмечено то же явление. *Мэтьюз Дункан* утверждал, что алкоголь оказывает специфическое пагубное влияние на фертильность. Более того, в дополнение к конституциональным нарушениям, вызванным злоупотреблением алкоголем, этот напиток также оказывает хорошо известное патогенетическое влияние на женские репродуктивные органы; с особой частотой может быть показано, что хронический офорит зависит от этой возбуждающей причины.

Известно, что рацион, состоящий в основном из рыбы, усиливает сексуальное влечение, а также, как говорят, повышает фертильность. Далее, считается, что диета, состоящая в основном из картофеля или риса, способствует размножению; сравните, например, плодовитость индусов, которые полностью воздерживаются от животной пищи, и китайцев, которые питаются в основном рисом. *Дэви* утверждал, что женщины рас, питающихся в основном рыбой, были красивее и плодотворнее других; а *Монтескье* предположил, что существует связь между многочисленным населением морских портов, а также Японии и Китая, и большим количеством рыбы, потребляемой в этих местах. С другой стороны, считается, что диета, состоящая в основном из мяса, оказывает неблагоприятное влияние в этом направлении; в поддержку этой точки зрения указывается, что расы, живущие охотой и, следовательно, почти полностью питающиеся мясом, имеют очень маленькие семьи. Это обобщение опровергается тем фактом, что англичанки, которые едят гораздо больше мяса, чем женщины латиноамериканских рас, тем не менее отличаются большой плодовитостью.

В своей “Истории цивилизации Англии” *Бакль* пишет: “Население страны, хотя и подвержено влиянию многих других условий, несомненно, растет и сокращается пропорционально обилию продовольствия или наоборот”. *Герберт Спенсер* также утверждает, что “за каждым увеличением количества питательных веществ следует увеличение фертильности”.

Не следует забывать, что в дополнение к более или менее обильному снабжению пищей всегда существуют другие факторы, влияющие на фертильность; общий образ жизни, раса, климатические условия и т.д. Могут различными способами дополнять влияние условий питания или компенсировать его. Если с наилучшим возможным питанием сочетаются роскошный и изнуряющий образ жизни, злоупотребление алкоголем, серьезные интеллектуальные нагрузки или сексуальные излишества, общим результатом будет снижение фертильности. И легко понять, почему *ОЦР*, хотя, возможно, и без особых оснований, заходит так далеко, что рассматривает легкие обстоятельства как активную причину депопуляции. “Именно в бедных и менее богатых департаментах Франции, - пишет он, - мы находим больше всего детей”. Однако при оценке фертильности мы никогда не должны упускать из виду более широкое применение средств предотвращения беременности среди высших слоев общества.

В определенной степени мы можем проследить влияние климата и времени года на плодородие. Жара, по-видимому, благоприятствует фертильности; *Данные Haycraft по восьми крупнейшим городам Шотландии* наглядно показывают, как количество зачатий растет и падает пропорционально температуре. Низшие животные также, когда их привозят из более холодного региона в более теплый, проявляют более раннюю и часто повторяющуюся “течку”. Однако в Европе северные расы кажутся более плодовитыми, чем южные.

Из сезонов весна особенно благоприятна для плодородия. *Кетле*, который доказывает многочисленными статистическими данными, что максимум зачатий приходится на май, объясняет этот факт общим приливом жизненных сил, происходящим весной, после зимних холодов. *Виллерме*, однако, возвращается к более старому объяснению, что увеличение числа зачатий в мае и июне связано с социальными и экономическими условиями. Возвращение весны, особенно конца весны и начала лета, время года, когда средства к существованию предоставляются в исключительном количестве и особенно хорошего качества, сезон фестивалей и социального воссоединения, когда два пола вступают в более тесный контакт и когда происходит большинство браков, — вот условия, связанные с сезоном наибольшего плодородия. Цифры *Валлеуса* также подтверждают влияние весны на плодородие. Однако он обнаружил, что существует два сезона максимальной плодовитости. Первый приходится на конец весны и начало лета; второй - на зиму, особенно в декабре. Середина зимы для большинства людей - это период домашних развлечений и расслабления, исключительно хорошего питания и воссоединения с обществом; весенний всплеск плодородия является частью пробуждения и усиления репродуктивных сил природы в целом, который повторяется каждую весну.

Каждое заметное и внезапное изменение образа жизни оказывает неблагоприятное влияние на фертильность. *Дарвин* сообщает, что кобылы, которых некоторое время кормили в стойле сухим кормом, а затем выпустили на траву, поначалу бесплодны после пересадки. Европейцы, собирающиеся поселиться в тропиках, сталкиваются с заметным снижением рождаемости в результате изменения климата. Согласно *Вирхову*, фертильность европейских женщин, акклиматизировавшихся в тропиках, снижается очень постепенно, но в течение нескольких поколений почти полностью сводится на нет.

Считается, что брак между близкими родственниками также снижает фертильность. Что касается инбридинга у низших животных, то хорошо известно, что когда спариваются близкородственные животные, количество потомства ниже среднего. *Натузиус* спарил свиноматку с ее собственным дядей, хряк оказался продуктивным в общении с другими свиноматками; в помете насчитывалось всего от пяти до шести особей. Эта свиноматка, принадлежавшая к великой йоркширской расе, затем была спарена с маленьким черным хряком, который в результате полового акта со свиноматками своей разновидности произвел помет в количестве шести или семи особей; в результате ее первого спаривания с черным хряком свиноматка произвела помет в количестве двадцати одного особи, в то время как вторая попытка произвела помет в восемнадцать особей. Аналогичные результаты были получены *Крэмпом* в его экспериментах по инбридингу крыс.

Некоторые авторитетные источники заявляют, что результаты инбридинга аналогичны у человеческого вида, что браки ближайших родственников менее плодотворны, чем в среднем. *Дарвин* пишет в этой связи: “Что касается людей, то вопрос о том, является ли взаимное размножение вредным, вероятно, никогда не получит прямого ответа, поскольку человек воспроизводит себе подобных очень медленно, и его нельзя сделать объектом эксперимента. Весьма общее нежелание почти всех рас вступать в брак между близкими родственниками, существовавшее с самых ранних времен, имеет значение в связи с этим вопросом. Действительно, мы, кажется, почти оправданы в применении к человеческой расе опыта, полученного в результате экспериментов на высших млекопитающих”.

Darwin's Предположение Дарвина относительно влияния на фертильность брака ближайших родственников у человеческого вида, однако, не может быть принято безоговорочно. В древние времена не было единого мнения на этот счет. Хорошо известно, что у финикийцев сын мог жениться на своей матери, а отец - на дочери; а у древних арабов законным долгом

сына было жениться на своей овдовевшей матери. Моисей, напротив, запретил браки между родителями и детьми, между братьями и сестрами, а также браки с сестрой отца, с матерью жены и со вдовой дяди.

Дарвин считал, что брак двоюродных братьев и сестер не является неблагоприятным для фертильности. Из 97 таких браков 14 были бесплодными, в то время как из 217 браков лиц, не являющихся родственниками, 35 были бесплодными; процентное соотношение в обоих случаях было почти одинаковым. *Мантегацца*, который считает родство в браке неблагоприятным для фертильности, тем не менее обнаружил, что среди 512 браков близких родственников только 8-9% были бесплодными. Широко распространено мнение, что вымирание многих аристократических семей зависит от инбридинга, столь распространенного в этом классе, но следует признать, что научных доказательств в поддержку этого убеждения не хватает. Инцест среди людей, безусловно, может привести к оплодотворению. Среди евреев браки между близкими родственниками очень распространены и часто оказываются чрезвычайно плодотворными.

Гелерт провел статистическое исследование рождаемости правящих семей Европы, чтобы пролить свет на этот вопрос. В династии Капетингов состоялось 118 браков между близкими родственниками, и из них 41 был бесплодным; в династии Веттинов (Саксония) было 28 таких браков, из которых 7 были бесплодными, и в 1 родился только один ребенок; в династии Виттельсбахов (Бавария) 29 таких браков, из которых 9 были бесплодными, и в 3 родилось только по одному ребенку каждый. Таким образом, из 175 браков между близкими родственниками 57, или 32,6%, остались бесплодными. Кроме того, в династии Габсбургов-Лотарингцев из 110 браков 25 были браками ближайших родственников, и из них 33% оставались бесплодными.

Со времен античности считалось, что темперамент и телосложение оказывают определенное влияние на фертильность. *Гиппократ*, *Соран* и *Диокл* относятся к числу древних авторов, которые обращаются к этому вопросу. *Соранус* очень справедливо замечает: “Поскольку большинство браков заключаются не по любви, а для продолжения рода, при выборе жены нерационально принимать во внимание не ее возможную плодовитость, а социальное положение и богатство ее родителей”.

По-видимому, определенное различие в физическом телосложении и темпераменте мужа и жены благоприятствует плодовитости брака. Например, жизнерадостный темноволосый муж и вялая белокурая жена лучше подходят друг другу, чем муж и жена, оба чрезвычайно активные или оба с чрезвычайно флегматичным темпераментом.

Туссен Луа опубликовал следующие данные о фертильности женщин в различных странах Европы:

Страна.	Число рождений на сотню жителей.	Фертильность женщин в возрасте от 15 до 45 лет.		
		Замужем.	Не женат.	Средний.
Венгрия	4,94			17,8
Россия	4,12			20,5
Австрия	3,93			16,4

Германия	3,77	34,8	2,9	17,7
Италия	3,67	28,8	2,4	16,1
Голландия	3,67	35,3	1,0	16,0
Финляндия	3,63			15,8
Англия	3,58	29,7	1,6	15,5
Шотландия	3,53	32,8	2,5	15,8
Бельгия	3,25	33,7	1,8	14,8
Дания	3,12	28,5	2,8	14,4
Румыния	3,12			13,5
Норвегия	3.10	29.3	2.2	14.0
Швеция	3.05	29.1	2.5	13.7
Швейцария	3.04	29.7	1.1	13.1
Греция	2.96			13.2
Ирландия	2.69	29.8	0.5	12.3
Франция	2.63	20.3	1.8	11.6

В городах супружеская фертильность ниже, а внебрачная - выше, чем в сельской местности. Увеличение количества фабричного труда приводит к увеличению численности населения, но к снижению жизнеспособности потомства; иными словами, это вызывает количественное увеличение и качественное снижение фертильности. Увеличение числа сельскохозяйственных рабочих приводит к прямо противоположному эффекту. Влияние войны на рождаемость неблагоприятно как количественно, так и качественно. Согласно *Чурилову*, введение всеобщей воинской повинности, из-за отстранения на время всех наиболее энергичных мужчин от домашней жизни, имеет тенденцию к снижению рождаемости. *Бертильон* утверждает, что массовая эмиграция из страны, в которой плодородная почва и где жизненные условия в целом благоприятны, приводит к повышению плодородия в метрополии; далее он утверждает, что за увеличением числа собственников земли следует снижение плодородия, и наоборот.

Проститутки демонстрируют, как правило, очень низкую фертильность. Согласно данным *Tarnowskaja*, фертильность проституток в России составляет 34%, в то время как у замужних женщин аналогичного возраста в России фертильность составляет 51,8%. *Гуррьери* обнаружил, что 60% проституток бездетны.

Фертильность женщин-преступниц был найден *Ломброзо*, чтобы быть неизменными. В среднем у отравительниц рождалось 4,5 ребенка, у других убийц - 3,2 ребенка, у детоубийц - 2 ребенка; таким образом, заключенные, преступления которых обычно связаны с ненормальным эротизмом, имели фертильность выше среднего.

Снижение фертильности проституток зависит частично от частых венерических инфекций, частично от неблагоприятного воздействия ртути и йодида калия, вводимых для лечения таких инфекций, а также от частоты употребления ими чрезмерного количества алкоголя, от чрезмерной частоты половых актов, оказывающих травмирующее воздействие, от нерегулярного образа жизни и от их нежелания иметь детей.

Супружеская фертильность, то есть соотношение между законными рожденьями и числом замужних женщин в возрасте от 15 до 50 лет, снизилась в Германии за последние десятилетия. Это было:

С 1872 по 1875 год 29,7%

С 1879 по 1882 год 27,4%

С 1889 по 1892 год 26,5%

Это снижение невелико, но оно гораздо более заметно в городах, чем в сельской местности. Об этом факте свидетельствуют следующие цифры, относящиеся к рождаемости в Пруссии:

	С 1872 по 1879 год.	с 1894 по 1897 год.
Во всех городах	26,9	24,0
В Берлине	23,8	16,9
В других крупных городах	26,7	23,5
В сельских округах	28,8	29,0

Это различие зависит главным образом от того факта, что в крупных городах Германии (и еще больше во Франции) использование средств для предотвращения беременности постоянно увеличивается, тогда как население сельских районов пока еще менее знакомо с использованием этих мер.

Согласно Хеллстениусу, супружеская фертильность, то есть количество детей на супружескую пару, выглядит следующим образом:

В	Нидерландах	4,88
	Норвегии	4,70
	Пруссия	4.60
	Бавария	4.55
	Швеция	4.52
	Саксония	
Англии	4,33	4.33
	Бельгия	4.23
	Дания	4.18
	Франция	3.46

Талквист, который опубликовал статистическое исследование, касающееся современной тенденции к снижению рождаемости, приводит более низкие цифры, чем Хеллстениус. По его словам, супружеская фертильность - это:

В	Пруссии	4,11
	Англии	4,10
	Бельгии	4,12
Во	Франции	2,09
В	различных штатах Американского Союза	от 2,5 до 3,0

Из Готского Альманаха *Вашер* получил цифры, показывающие, что в каждой семье высшей аристократии в среднем было следующее количество детей.

Во Франции	2,0
Италии	3,0
Германии	4,8
Англия	4.9
Россия	5,1

Согласно опубликованным нами цифрам, фертильности женщин достаточно для рождения в течение половой жизни небольшого числа только детей, фактически составляя в среднем 4-5 детей на брак. Однако многие матери рожают очень большое количество детей. Среди 73 000 семей, населяющих Буда-Пеш, *Кереш* обнаружил 300 матерей, у которых было 15 и более детей; 7 матерей, у каждой из которых было по 21 ребенку; и 3 матери, родившие соответственно 22, 23 и 24 ребенка.

В газетном сообщении говорится, что жена гражданина Буда-Пешта за 43 года своей супружеской жизни родила 32 ребенка. В 1902 году женщина из Богемы родила своего двадцать четвертого ребенка. *Стиеда* сообщает о случаях с двумя матерями, у одной из которых был 21, а у другой 23 ребенка. Жена германского императора Альбрехта I и жена принца Йоста Липпе-Бистерфельдского родили по 21 ребенку.

Так называемая *система с двумя детьми* наиболее распространена во Франции.

Это правда, что даже во Франции в среднем рождается почти трое детей в браке; но если мы примем во внимание только выживших детей, то обнаружим, что в среднем на семью приходится всего 2,1 ребенка. Аналогичные условия существуют в Новой Англии и в Трансильвании; и та же практика распространяется по всей территории Соединенных Штатов. Другим способом, с помощью которого предпринимается попытка сократить численность населения, является принятый в Эльзасе, где, если в семье несколько детей, женятся только для того, чтобы избежать раздела семейного имущества. Нельзя отрицать, что во Франции, несомненно, в результате системы с двумя детьми, существует довольно широкое процветание, которого нет в редких районах Франции, таких как Бретань, где не практикуется ограничение семьи. Однако то, какое катастрофическое влияние на военную мощь и политический статус нации оказывает общее использование мер по предотвращению беременности в ходе учений, особенно проявилось в последние годы на примере Франции. В этой стране из десяти миллионов семей два миллиона абсолютно бездетны, а у двух миллионов в каждой только по одному ребенку, так что две пятых французских семей практически бездействуют в поддержании численности населения страны. Ущерб, нанесенный таким образом Франции, еще яснее виден из табличного сравнения превышения рождаемости над смертностью в немецкой и французской нациях, соответственно, за два десятилетия с 1874 по 1894 год (из Демографической статистики *Г. фон Майра*).....

Год.	Германия.	Франция.
1874	+13,4	+4,8
1875	13,0	2,9
1876	14,6	3,6

1877	13,6	3,9
1878	12,7	2,6
1879	13,3	2,5
1880	11,6	1,7
1881	11,5	2,9
1882	11,5	2,6
1883	11,7	2,6
1884	11,2	2,3
1885	11,3	1,4
1886	10,8	1,5
1887	12,7	1,3
1888	12,9	2,5
1889	12,7	1,2
1890	11,3	-0,3
1891	13,6	-0,5
1892	11,7	+0,1
1893	12,2	-1,2
1894	13,6	-0,4

О том, до какой степени во все времена и у всех народов ценилась женская фертильность, свидетельствуют религиозные писания и традиционные обычаи, целью которых было дать возможность жене, не имевшей детей от собственного мужа, искать других супружеских объятий. У евреев обязанностью мужчины было жениться на своей овдовевшей и бездетной невестке; если он не желал или не мог выполнить этот долг, он был вынужден принять участие в ритуале, называемом “хализа”, во время которого обнажалась его нога и скорбящая женщина плевала на него, потому что он не желал содержать дом своего брата. В своде законов индусов *Ману* мы читаем: “Если у мужа и жены нет детей, им подобает получить желаемое потомство от союза между женой и братом мужа или каким-либо другим родственником”; ребенок, полученный таким образом, юридически считался ребенком мужа. *Конфуций* писал: “Если твоя жена бесплодна, возьми вторую жену; она должна подчиняться первой жене, ибо ее единственная обязанность - вынашивать детей”. Аналогию этому таинству можно найти в Библии; Бесплодная жена Авраама Сара говорит Аврааму: “Вот теперь Господь запретил мне рожать; прошу тебя, войди к моей служанке; может быть, я смогу зачать от нее детей. И Авраам прислушался к голосу Сары. ”Таким же образом бесплодная Рахиль говорит своему мужу Иакову: “Вот, служанка моя Билла, войди к ней; и она родит на моих коленях, чтобы я также мог иметь детей от нее”.

Лютер в своем трактате о супружеской любви, опубликованном в 1522 году, основывает, несомненно, на приведенных выше библейских прецедентах следующее утверждение относительно фертильности: “Если сексуально сильная женщина замужем за импотентом, если она не может открыто заняться сексом с другим мужчиной, но при этом не желает совершать ничего бесчестного, она должна сказать своему мужу: “Дорогой муж, ты не можешь выполнить свой долг передо мной, и ты обманул мое молодое тело, ты поставил под угрозу мою честь и мое счастье, и в глазах Бога наш брак недействителен, прости меня”. поэтому, если я заключу тайный союз с вашим братом или с вашим ближайшим другом, плод этого союза будет вашим номинально, таким образом, ваше имущество не достанется

посторонним, и вы охотно позволите мне обмануть вас, потому что невольно вы обманули меня”.

В этнографии термин *эндогамия* используется для обозначения закона или обычая, согласно которым брак разрешен только в пределах определенной расы, племени или касты; таким образом, в Ветхом Завете евреям запрещено жениться на женщинах других рас.

Этнографический термин *экзогамия* указывает на запрет брака между лицами, находящимися в более тесном родстве, как, например, мозаичный запрет на брак в пределах определенной степени кровного родства. Такие экзогамные запреты сохраняются даже в законодательстве наших дней. Во многих церковных и национальных законах мы находим запрещенный брак двоюродных братьев и сестер, дяди или тети с племянницей или племянником; и даже запрет на брак мужчины с сестрой его умершей жены.

Хегар считает опасность инбридинга очень большой для человеческого вида; ибо, в то время как у низших животных селекционеры используют методичный и тщательно продуманный отбор лучших экземпляров, среди людей ничего подобного не происходит; а здоровье современного цивилизованного человека таково, что мало семей без скелета в шкафу. “Не только в семьях, но и в деревнях, в маленьких и больших городах, даже в классах и у целых народов определенные особые качества, болезненные тенденции и предрасположенности передаются из поколения в поколение. У нас есть, например, склонность евреев к нервным расстройствам и диабету, у англичан - к подагре, у немцев - к близорукости”. *Страхан* поэтому использовал термин “социальное кровное родство”, чтобы указать, что благодаря общим обычаям, окружающей среде, роду занятий и способу питания создается сходство в типе, что приводит к сходной предрасположенности к расстройствам и болезням, передающимся от отца к сыну.

По мнению *Хегара*, опасность инбридинга в современных условиях настолько велика, что он разрешил бы брак ближайших родственников только в исключительных случаях и при особо благоприятных обстоятельствах — например, когда обе стороны планируемого брака находятся в отличном состоянии здоровья и когда между ними нет большого сходства по внешним признакам или психическому типу. Определенные аномалии, передающиеся от отдаленных предков, зависящие от глубоко выраженных особенностей зародышевых клеток, могут быть настолько развиты в результате инбридинга, что станут абсолютно фиксированными характеристиками. Если патологические проявления можно проследить на протяжении нескольких поколений, если телесные дефекты и нарушения развития (так называемые стигматы дегенерации) хорошо выражены и многочисленны, если функциональные расстройства нервной системы и органов чувств ярко выражены, приводя к идиотизму, безумию, эпилепсии, врожденной тугоухости, слепоте, инстинктивной преступности, — в таких случаях надежды на возрождение семьи мало или вообще нет. Она вымирает, потому что ее члены бесплодны; потому что они заключены в тюрьмы или приюты; или потому что дети, если таковые рождаются, лишены жизненных сил и не достигают зрелости.

Согласно краткому изложению темы, данному *Хегаром*, особенности потомства на момент рождения зависят от:

Факторы, которые обуславливают особенности зародышевых клеток:

- I. Зародышевые зачатки, полученные от предков;
- II. Влияния, действующие на зародышевые клетки в материнском организме;

а. Из-за особенностей жидкостей и тканей родительского организма;

б. Благодаря веществам, которые проникают в родительский организм и достигают зародыша.

Зародышевые зачатки, измененные в результате конъюгации мужских и женских половых клеток:

I. По материнской линии;

а. Из-за особенностей жидкостей и тканей материнского организма;

б. Благодаря веществам, которые проникают в организм матери и достигают оплодотворенной яйцеклетки.

II. Со стороны отца из-за веществ, которые прилипают к репродуктивным клеткам отца или заключены внутри них.

Число кровнородственных браков в настоящее время составляет не менее 5-6½ на 1000 человек; плодовитость этих браков, по-видимому, идентична плодовитости обычных браков. Компания *Mayet* провела статистическое исследование для определения влияния кровнородственных браков на патогенез психических заболеваний. Он обнаружил, что число лиц, от рождения страдающих психическими расстройствами, вдвое больше среди потомков от кровнородственных браков, чем среди потомков от скрещенных браков; в случае простого психического расстройства, паралитического слабоумия и эпилептического слабоумия соотношение фактически превышает два к одному (фактические цифры составляют 218, 257, 208:100). Таким образом, мы видим, что при наличии какой-либо причины наследственного психического расстройства кровное родство родителей более чем удваивает опасность для детей. В случае имбецильности и идиотии опасность в этом отношении меньше (соотношение составляет 150:100); фактор наследственности играет менее заметную роль, чем в случае других психозов.

Примечательно, что среди отпрысков от браков племянника и тети почти полностью отсутствовали случаи психических расстройств. Среди потомков от браков дяди и племянницы наследование психических расстройств было более заметным, чем среди детей двоюродных братьев. Интересно определить влияние кровного родства в случаях, когда существование наследственной предрасположенности доказать не удалось. В этих случаях, что касается простого помешательства, паралитического слабоумия и эпилептического слабоумия, число случаев среди потомков от кровнородственных браков составляло лишь половину по сравнению с потомством от скрещенных браков; тогда как в случае имбецильности и идиотии это соотношение было обратным. При идиотии, где наследственность, вообще говоря, играет небольшую роль, возникновение заболевания часто, по-видимому, напрямую зависит от кровного родства родителей; в то время как что касается других форм психических расстройств, при отсутствии наследуемой предрасположенности кровное родство у родителей, по-видимому, является положительным преимуществом; однако там, где существует семейная предрасположенность к безумию, вероятность появления у потомства фактического безумия заметно повышается при кровнородственном браке.

Ограничение фертильности и использование средств для предотвращения беременности.

Как мы уже указывали, в большинстве браков происходит ограничение фертильности женщин до такой степени, что потенциальные репродуктивные способности жены используются не в полной мере. Однако в последнее время ограничение фертильности путем преднамеренного использования мер по предотвращению беременности стало настолько широко распространенным явлением, что с научной точки зрения представляется неразумным просто игнорировать этот вопрос, и стало необходимым изучить, как развивалась эта практика, и рассмотреть, каковы ее фактические результаты. С нашей собственной точки зрения, это тем более необходимо сделать по той причине, что использование профилактических мер стало играть важную роль в сексуальной жизни женщины и поэтому заслуживает самого пристального внимания не только с точки зрения социолога, но и с чисто медицинской точки зрения.

Во многих слоях населения и даже у целых национальностей предотвращение беременности не только при незаконных половых сношениях, но и в супружеской жизни стало настолько распространенной практикой, что фертильность нации в целом претерпела глубокие изменения. Таким образом, в настоящее время во Франции среднее число детей в браке составляет менее двух; и система с двумя детьми почти повсеместно практикуется в Трансильвании и Норвегии, в то время как она очень быстро распространяется в Северной Америке. В главных городах всей Европы эта система в значительной степени распространяется среди высших слоев общества. Браки бедных, отчасти из-за невежества, отчасти из-за лени, пока еще сравнительно мало затронуты этим принципом депопуляции.

Во времена античности многие законодатели пытались ограничить чрезмерную фертильность, и искусственные аборты методично практиковались теми, кто хотел избежать слишком большой семьи. Даже у диких народов мы находим, что при половом акте иногда применяются определенные профилактические меры. Однако у цивилизованных народов вплоть до начала девятнадцатого века религиозные и моральные идеи, почерпнутые из Библии, продолжали доминировать в сексуальной жизни. Хорошо известно, что ветхозаветный закон и христианская мораль в равной степени запрещают любое искусственное ограничение роста человека. “Плодитесь и размножайтесь” - таково было повеление, данное в Книге Бытия прародителям человечества; и псалмопевец восклицает: “Счастлив человек, у которого колчан полон” детей.

Замечательная революция в мышлении была инициирована в начале девятнадцатого века великим филантропом и могущественным мыслителем, *Томасом Робертом Мальтусом*, основателем доктрины целесообразности сдерживания роста населения, автором работы “Эссе о принципе народонаселения”, Лондон, 1798, чей Закон народонаселения вскоре привлек внимание всего мира. Современная цивилизация значительно увеличила расходы на содержание семьи, одновременно с общим повышением цен на предметы первой необходимости, что привело к необычайному распространению мальтузианства; по сравнению с причинами, только что упомянутыми для использования профилактических мер, болезни, которые делают возобновление беременности опасным для жизни матери, имеют сравнительно мало общего с причиной добровольного бесплодия.

В своем “Очерке о принципе народонаселения” *Мальтус* указывает в качестве причины, которая до сих пор препятствовала человечеству в стремлении к счастью, непрекращающуюся тенденцию всей органической жизни увеличиваться сверх средств существования. В случае с растениями и неразумными животными естественный процесс

очень прост. И животные, и растения движимы мощным инстинктом воспроизводства себе подобных, и действию этого инстинкта совершенно не мешает никакое беспокойство о пропитании их потомства. Таким образом, репродуктивная функция осуществляется при каждой доступной возможности, а лишние особи следующего поколения уничтожаются из-за нехватки места и пищи. У человеческого вида ограничение популяции осуществляется более сложным способом функционирования. Человека побуждает к воспроизводству себе подобных инстинкт, не менее мощный, чем у других животных; но удовлетворение этого инстинкта сдерживается разумом, который заставляет его спрашивать себя, не собирается ли он произвести на свет существ, для которых он не сможет обеспечить средства к существованию. Если он руководствуется этим соображением, возникающее в результате ограничение численности часто может повлечь за собой серьезные последствия; если, с другой стороны, он удовлетворяет свой инстинкт, независимо от призывов разума, человеческий род неизбежно будет иметь тенденцию к увеличению быстрее, чем средства к существованию.

Мальтус заявил, что население, когда его рост был неограниченным, удваивалось каждые двадцать пять лет и, следовательно, увеличивалось в геометрической прогрессии; он считал, что при самых благоприятных обстоятельствах средства к существованию не могли увеличиваться быстрее, чем в арифметической прогрессии. Контраст между этими двумя способами увеличения будет более разительным, если мы приведем фактические цифры. Согласно теории *Мальтуса*, увеличение численности населения было бы представлено цифрами 1, 2, 4, 8, 16, 32, 64, 128, 256, тогда как одновременное увеличение средств к существованию было бы представлено цифрами 1, 2, 3, 4, 5, 6, 7, 8, 9. Такому увеличению населения, однако, всегда препятствуют определенные проверки, которые *Мальтус* классифицировал как два вида: профилактические проверки и позитивные проверки.

Профилактический контроль, поскольку он является добровольным, присущ только человеческому виду и берет свое начало в интеллектуальной способности, которая позволяет человеку предвидеть последствия своих действий. Человек, который смотрит вокруг себя и видит бедность, в которую так часто впадают люди с большими семьями, который подсчитывает свое нынешнее имущество или заработка, которых едва хватает для удовлетворения его собственных личных потребностей, не может не усомниться, когда он подумает, насколько вряд ли их хватило бы еще на семь или восемь человек, сможет ли он обеспечить потомство, которое он мог бы произвести на свет. Подобные соображения, вероятно, заставят большое число людей всех цивилизованных наций сопротивляться своим естественным инстинктам и воздерживаться от ранних браков. Если бы воздержание не влекло за собой серьезных последствий, оно было бы наименьшим из всех зол, вытекающих из принципа народонаселения.

Положительные препятствия увеличению численности населения многообразны и охватывают все причины, способные сократить естественную продолжительность человеческой жизни. Среди них мы можем перечислить: все вредные для здоровья занятия, тяжелый труд, климатические условия, бедность, ошибки в воспитании детей, городскую жизнь, всякого рода излишества, целую армию болезней и эпидемий, войны, мор и голод. Во всех странах профилактические и позитивные проверки действуют более или менее эффективно, и все же есть лишь немногие страны, в которых население не имеет постоянной тенденции к увеличению за пределы средств к существованию. Как дальнейшее следствие этой тенденции к увеличению численности населения, мы наблюдаем более широкое распространение бедности среди низших классов, так что любое постоянное улучшение их положения становится невозможным.

После того, как *Malthus* тщательно изложил свой тезис, он дал краткий отчет об условиях народонаселения почти во всех странах прошлого и своего времени, чтобы показать, как у всех одинаково непрерывно действовали три основных средства ограничения численности населения - моральное сдерживание, болезни и бедность.,,

Он показал, например, как население островов Южного моря было ограничено определенными условиями, каннибализмом, кастрацией мужчин, инфибуляцией женщин, поздними браками, освящением девственности, презрением к браку и т.д.

В Древней Греции законы Солона разрешали детоубийство. *Платон* в “Республике” утверждает, что обязанностью правительства является регулирование численности граждан и предотвращение неумеренного увеличения; мужчинам и женщинам должно быть разрешено производить потомство только в период их максимальной силы, все слабые дети должны быть убиты. *Аристотель* советовал, чтобы мужчинам не разрешалось вступать в брак до 37 лет, а женщинам - до 18; женщины должны рожать только ограниченное количество детей; если после этого они снова забеременеют, следует сделать аборт. Он утверждал, что если бы все имели свободу, как это имеет место в большинстве стран, производить на свет столько детей, сколько им заблагорассудится, то неизбежно наступила бы бедность, мать преступности и восстаний.

У римлян война была непрерывно действующей положительной мерой: в это время в империи широко использовались превентивные методы в виде различных видов сексуальных извращений. *Ювенал* жалуется на искусные методы, используемые при индукции аборта; в более поздний период Римской империи сексуальная мораль настолько выродилась, что брак ненавидели и презирали.

Переходя к рассмотрению проверок численности населения среди народов современной Европы, *Мальтус* изучил реестры браков и смертей и пришел к выводу, что в немногих странах масса людей достаточно способна к самоограничению, чтобы отложить вступление в брак до тех пор, пока они не будут разумно уверены в том, что смогут обеспечить всех детей, которых они, вероятно, заведут; тем не менее, он установил, что в настоящее время положительные проверки численности населения были менее активными, а профилактические проверки - более активными, чем в прежние времена и среди диких рас.

Мальтус не основывал на своих выводах совет о том, что при половом акте следует применять средства предотвращения беременности, как советуют современные “мальтузианцы”; в его глазах моральная сдержанность, то есть половое воздержание, была единственным средством предотвращения бедности и других пагубных последствий принципа народонаселения. Моральное ограничение, по его мнению, было единственным добродетельным методом избежать зла, связанного с чрезмерной плодовитостью. Долг мужчины состоял в том, чтобы не жениться до тех пор, пока у него не появится определенная перспектива содержать своих детей; промежуток между половым созреванием и вступлением в брак должен быть проведен в строгом целомудрии. Долг человека - не просто воспроизводство своего вида, но воспроизводство добродетели и счастья, и если он не в состоянии выполнять последнее, он не имеет никакого права выполнять первое. *Мальтус* придает большое значение просвещению людей в этом вопросе; “в дополнение к обычным предметам обучения необходимо объяснить принцип народонаселения и то, каким образом оно приводит к бедности”. По сути дела, никакое долгосрочное и общее улучшение положения бедных невозможно без усиления профилактических ограничений численности населения.

The *Мальтузианская* доктрина закона народонаселения произвела огромную сенсацию, и некоторые из его учеников вскоре приступили к воплощению его выводов на практике; такие авторитеты, как *Джеймс Милль* и *Фрэнсис Плейс*, рекомендовали меры, с помощью которых “без какого-либо ущерба для здоровья или женской деликатности можно предотвратить зачатие”: общепризнанной целью этих мер было предотвращение увеличения численности населения сверх средств к существованию. Врачи и физиологи присоединились к рядам этих новаторов; среди прочих, *Рачиборский*, *Роберт Дейл Оуэн* в своей “Моральной физиологии”, *Ричард Карлайл* в своей “Книге о женщине”, первой работе, в которой дается точное описание средств, используемых для предотвращения зачатия, *Ноултон* в своих “Плодах философии”. В 1827 году в Северных графствах Англии среди рабочих классов впервые были распространены листовки с инструкциями по применению превентивных мер. *Брэдли* основал Мальтузианское общество, целью которого было распространение инструкций по использованию профилактических методов. В настоящее время в Англии существует “мальтузианская лига”, насчитывающая среди своих членов ведущих врачей; она предоставляет всем классам средства, с помощью которых семью можно искусственно ограничить. Новое издание вышеупомянутой книги “Плоды философии” было распространено в Лондоне тиражом в несколько сотен тысяч экземпляров, и видные деятели выступали на конгрессах по теме неомальтузианства. В Германии также был основан “Союз социальной гармонии” для бесплатного распространения руководства по использованию мер по предотвращению зачатия и для расследования их результатов.

Мы не собираемся здесь подвергать учение *Мальтуса* критическому анализу; у него нашлись грозные оппоненты, которые попытались доказать, что его фундаментальное допущение ложно; они утверждают, что труд или способность к труду увеличивается прямо пропорционально численности населения; и они также утверждают, что население имеет тенденцию увеличиваться не в геометрической, как утверждал *Мальтус*, а просто в арифметической прогрессии. Мы просто процитируем ответ *Либиха* на закон Мальтуса: “когда человеческий труд и навоз обеспечиваются в достаточном количестве, почва становится неисчерпаемой и будет продолжать непрерывно давать самые обильные урожаи”; и замечание *Родбертуса* о том, что “агрохимия в конечном счете будет компетентна создавать питательные материалы; когда-нибудь это будет в такой же степени под силу обществу, как в настоящее время производить любое необходимое количество текстиля при наличии необходимого количества сырья”. Знаменитый социалист *Бebel* является решительным противником *Мальтуса*. Он пишет: “Земля, несомненно, густо заселена, но, тем не менее, занята и используется лишь небольшая часть ее поверхности. Великобритания не только могла производить, как было доказано, гораздо больший запас питательных веществ, чем в настоящее время, но то же самое верно для Франции, Германии и Австрии и в еще большей степени для других стран Европы. Европейская Россия, будь она столь же густонаселенной, как Германия, могла бы содержать вместо девяноста миллионов, как в настоящее время, население в четыреста семьдесят пять миллионов. Для целей высшей цивилизации, к которой мы стремимся, мы имеем сегодня в Европе и будем иметь еще долгое время не избыток населения, а его недостаток, и каждый день приносит новые открытия и изобретения, благодаря которым средства к существованию потенциально увеличиваются. В других частях света нехватка населения и избыток земли еще более заметны. *Кэри* придерживается мнения, что одной долины Ориноко длиной в полторы тысячи миль было бы достаточно, чтобы обеспечить питательными веществами в достаточных количествах все существующее население мира. Центральная и Южная Америка, и особенно Бразилия, обладают необычайно плодородной почвой, но пока практически не используются во всем мире. Увеличивать, а не уменьшать численность человеческой расы - вот призыв, обращенный цивилизацией к человечеству!” Аналогичную

позицию по этому вопросу недавно занял Рузвельт, президент Соединенных Штатов, сам отец шестерых детей, в письме двум американским женщинам, *миссис Дж. и М. Ван Ворст*, авторам книги “Женщина, которая трудится (фабричная жизнь в Америке)”. В этой книге авторы доказывают, что в Соединенных Штатах средний размер семьи в настоящее время меньше, чем в любой другой стране мира, за исключением только Франции. Президент Рузвельт в своем письме заявляет, что он ярый сторонник библейского предписания: “плодитесь и размножайтесь!” Он пишет: “Тот, кто уклоняется от своих обязанностей из-за стремления к независимости, удобству и роскоши, совершает преступление против расы, к которой он принадлежит, и должен быть объектом презрения и ужаса для здоровой нации. Когда мужчины избегают становиться отцами семейств, а женщины перестают рассматривать материнство как самую важную карьеру, доступную для них, у нации, к которой принадлежат эти мужчины и женщины, появляется повод для беспокойства за свое будущее”. Президент Рузвельт продолжает: “Для американской женщины брак больше не является жизненным долгом, профессией, как для ее сестер, которые являются представителями более древних цивилизаций. Женщина, управляющая обширным бизнесом, контролирующая свою собственную земельную собственность или играющая свою роль в мире финансов, — для таких, как они, “лотерея брака”, естественно, является чем-то, чего они скорее боятся, чем желают”. Президент Гарвардского колледжа Эллиот выразил схожие взгляды в речи по этому вопросу. Он сожалеет о поздних браках и малочисленных семьях культурных американцев. Согласно последней переписи населения, в американской семье в среднем меньше трех детей; двадцать лет назад среднее число составляло от четырех до пяти детей.

Теперь я перехожу к рассмотрению медицинской точки зрения на этот вопрос о предотвращении беременности. Я считаю, что врач как таковой должен вмешаться в этот вопрос, ни в коем случае не для того, чтобы ослабить доминирующий экономический страх родителей перед нехваткой средств для воспитания детей, а только из-за чисто медицинского рассмотрения физических опасностей материнства. Иными словами, врач должен оказывать квалифицированную помощь в достижении факультативной стерильности только тогда, когда его собственные специальные научные знания заставляют его считать это крайне необходимым; в его компетенцию не входит оказывать помощь в предотвращении рождения чрезмерного количества потомства; его вмешательство оправдано только тогда, когда он, тщательно обдумав ситуацию, убедился, что беременность или роды могут поставить под угрозу здоровье или жизнь его пациентки. Жизнь и благополучие женщины должны казаться ему более важными, чем существование или несуществование возможного ребенка. О том, что эта точка зрения является морально обоснованной, свидетельствует тот факт, что общественное мнение оправдывает акушера за уничтожение уже живого ребенка, когда жизнь матери находится под угрозой. В этой связи мы можем вспомнить слова великого Наполеона: врач Дюбуа, лечивший Марию Луизу во время тяжелых родов, спросил Наполеона, должен ли он, если дело дойдет до крайности, спасти мать или ребенка; Наполеон, несмотря на свое сильное желание родить наследника своей династии, ответил: “Мать, это ее право”.

В отдельных случаях, которые всегда заслуживают очень серьезного рассмотрения, какое-либо патологическое состояние жены может оправдать предотвращение беременности. При определенных очень серьезных общих расстройствах, при заболеваниях сердца или легких, при деформации таза и при патологических изменениях женских репродуктивных органов, возможно, было бы правильно использовать средства для предотвращения беременности — не просто половое воздержание, но реальные меры по предотвращению оплодотворения.

Следует, однако, решительно пресекать злоупотребление медицинскими знаниями для рекомендаций или применения профилактических мер на основании гуманитарных соображений или социально-экономических соображений. Даже ведущие гинекологи допускали ошибку на этом пути. *Номера* пишет, “научно подготовленных акушер будет делать гораздо больше для улучшения здоровья и благополучия женщин, а также для их защиты от сексуального и других заболеваний, чем гуманитарные усилия, Нео-Мальтузианцев, которые передают чисто научный вопрос, например диспропорция между числом родившихся и поставку питательных материалов, в сфере медицины, считать себя оправданным в предотвращении зачатия, когда им заблагорассудится, независимо от соображений, касающихся здоровья матери***** женщина, измученная частыми деторождением, апатичес и страданий, безусловно, является фигурой, чтобы вызвать всеобщее сочувствие; постольку, поскольку она больна вследствие травмы, полученной при родах, это наша обязанность, чтобы предотвратить дальнейшее повреждение, а также чтобы облегчить в меру наших возможностей то, что уже произошло; в той мере, однако, как она не страдает от какой-либо привязанности репродуктивных органов, но болеет из-за отсутствия достаточного количества корма, или от непосильного труда, это долг общества-оказать помощь. Здесь мы имеем дело с социальной проблемой, решение которой не приблизит использование окклюзионного пессария”. *Фелинг* также утверждал, что учебник гинекологии - неподходящее место для вынесения суждений по столь важному социально-политическому вопросу. Задача гинеколога в этом вопросе - просто предостеречь от использования различных мер, которые так часто рекомендуются как безвредные, но на самом деле опасны для женщины, которая их применяет.

Кляйнвехтер, который заявляет, что он далек от рекомендации использовать профилактические меры, когда здоровая женщина желает избавить себя от хлопот по вынашиванию ребенка, приводит в качестве законных показаний к их применению: 1. различные формы тяжелой деформации таза; 2. определенные опухоли в полости малого таза; 3. после удаления злокачественных опухолей репродуктивных органов определенные общие расстройства, недавно купированный туберкулез легких, органические заболевания сердца и т.д. Относительно этих случаев *Кляйнвехтер* пишет: “Беременность поставила бы под угрозу жизнь жены, которую, следовательно, необходимо предотвратить, не запрещая половой акт и избегая практики прерывания полового акта, которая ставит под угрозу ее здоровье, или любого способа полового акта, противоречащего чувствам жены или мужа”.

Наиболее надежным, но, несомненно, в то же время наименее практичным методом предотвращения беременности является метод *Мальтуса* — постоянное половое воздержание. Эта рекомендация, к которой присоединяется *Толстой* в “Крейцеровой сонате”, недавно нашла сторонника в несколько измененном смысле в лице выдающегося гинеколога *Хегара*, который считает, что высокая фертильность в современных цивилизованных странах влечет за собой множество недостатков — низкое физическое развитие, повышенную общую смертность, эмиграцию, неблагоприятное распределение населения в зависимости от места жительства и занятий, иногда голод, — и который видит единственное эффективное средство в “регулировании воспроизводства”, посредством которого должны быть уменьшены склонность к браку и число рождений. На вопрос “когда количество детей в семье слишком велико?” *Хегар* отвечает следующим образом: “Максимальный предел легко установить. Наиболее подходящий возраст для вынашивания ребенка - от двадцати до сорока. В более раннем и более позднем возрасте подвержены страданиям как мать, так и потомство. Между двумя последовательными рожденьями должен быть интервал примерно в два с половиной года; это оставило бы время для рождения восьми детей. Если предположить, что беременность длится девять месяцев,

что лактация продолжается от девяти до двенадцати месяцев после родов (и если мать сама не кормит ребенка грудью, искусственное вскармливание или тщательный надзор кормилицы будут занимать ее в течение аналогичного периода), то выделение дополнительного периода от шести до девяти месяцев для полного восстановления здоровья матери не может рассматриваться как чрезмерное. Для такой семьи мы предполагаем идеальное состояние здоровья матери, чистую атмосферу и достаточный запас всего необходимого для жизни. Болезни, слабость или немощь матери часто указывают на необходимость дальнейшего ограничения количества детей. Маленькой семье легче обеспечить подходящее жилье и чистую атмосферу, чем большой. То же самое верно и в отношении средств к существованию.

“Если мы хотим разумно контролировать репродуктивную функцию, - продолжает *Хегар*, “прежде всего необходимо уделять внимание возрасту и здоровью родителей; но также нельзя упускать из виду род занятий, жилище и общую обстановку. Среди культурных слоев нашего Отечества люди постепенно учатся формировать здравые мнения по этим вопросам. С другой стороны, среди рабочих классов, особенно среди тех, кто занят на фабриках, бездумное удовлетворение сексуального влечения является причиной невыразимых страданий”. Совет *Хегара* можно резюмировать следующим образом: если брак заключается после достижения полной зрелости женой в двадцать, а мужем в двадцать пять лет, и если деторождение прекращается у жены в сорок, а у мужа в сорок пять-пятьдесят, если между последовательными родами соблюдаются интервалы, необходимые для восстановления здоровья жены, если принимаются во внимание болезни и состояния слабости, если болезненным, наследственно испорченным лицам запрещено вступать в брак - чрезмерный прирост населения, насколько это касается Германии, прекратится. дайте повод для беспокойства. Регулирование воспроизводства, однако, все еще будет неполным, если мы не проведем отбор, слишком строгий для наших нынешних взглядов. Умеренность и воздержание должны способствовать, насколько это может быть необходимо, предотвращению чрезмерного увеличения популяции. *Хегар* не преминул указать на пагубные последствия чрезмерного ограничения семьи. В браке, когда рождается только один ребенок, этот ребенок является объектом непрерывного беспокойства и внимания, а реальные или воображаемые опасности приобретают чрезмерное значение в болезненно возбужденном воображении родителей. Отсюда мы видим постоянный избыток бдительности и чрезмерное образование в случае с единственным ребенком, которому совершенно незнакомы самостоятельные мысли и действия. Мальчики становятся молокососами, девочки нервными и истеричными. В системе с двумя детьми, опять же, один или оба ребенка могут умереть, когда возраст родителей уже значительно преклоняется. Тем не менее в тех округах Франции, где действует эта система, население состоятельное, и исключительно большая часть мужчин пригодна для военной службы. *Хегар* считает вредными различные меры по предотвращению зачатия, во всяком случае, в случае молодых женщин; такая практика приводит к анемическим состояниям, нервной слабости и раздражительности, редко, однако, к более серьезным расстройствам, о чем свидетельствует тот факт, что смертность замужних женщин по сравнению с незамужними во Франции ниже, чем в других странах.

Грефе, ссылаясь на мнение о том, что если по какой-либо причине необходимо предотвратить зачатие, то это должно быть сделано путем воздержания от половых сношений, замечает: “Несомненно, это идеальное требование, но такое, которое вряд ли смогут удовлетворить даже люди с исключительной силой воли. И хуже всего то, что даже единичная неосторожность часто приводит к оплодотворению. Более того, явно противоречит естественным условиям, что здоровая супружеская пара, объединенная

интимной привязанностью, должна жить вместе, полностью воздерживаясь от половых сношений. Этот вопрос уже много обсуждался, как устно, так и письменно, и это будет продолжаться в будущем, без изменения того факта, что врача спросят, и он будет вынужден дать совет относительно использования средств предотвращения беременности”.

Риббинг пишет: “Хотя сексуальное влечение является продуктом мощной естественной развивающей силы, все же временный, а иногда даже постоянный контроль над этим влечением является моральной цивилизующей силой огромной важности”. Этот автор выступает против использования искусственных профилактических мер; он считает их ненадежными и опасными для здоровья. Ненадежно по той причине, что природа наделила живые организмы сильным импульсом к спариванию и снабдила очень мощными силами процессы, с помощью которых осуществляется оплодотворение. Каждый врач знаком со случаями, когда профилактические меры оказались неэффективными. Этот факт подтверждается также статистикой проституции. Хотя проститутки полностью проинструктированы об использовании профилактических мер, которые они применяют почти повсеместно, тем не менее с каждым годом все меньшее или большее число проституток беременеют. Эти меры опасны для здоровья, отчасти из-за их вмешательства в естественные функции, поскольку многие из них неуклюжи и плохо приспособлены; и отчасти, опять же, потому, что из-за их использования женщина не может наслаждаться естественными периодами покоя, которые сопровождаются беременностью, родами и лактацией. Заслуживают внимания также психологические соображения, приводимые *подтруниванием* над использованием профилактических мер. Большинство благовоспитанных женщин чувствуют себя глубоко уязвленными, если они считают, что к ним относятся просто как к средству наслаждения, а не как к личностям, обладающим неотъемлемыми правами. Для мужчины также существует опасность, поскольку ему легко внушить неприязнь к жене, которая, хотя и по его собственной инициативе, занимается техникой сексуальной жизни таким образом, который, как он инстинктивно чувствует, противоречит целомудрию и чистоплотности, требуемым каждым мужчиной от своей жены. *Подшучивание* поэтому рекомендует соблюдать определенную меру сексуального воздержания в супружеской жизни.

Макс Нордау также настаивает на моральных недостатках широкого распространения превентивных мер. “Если раса или нация достигли этой точки в своем нисходящем развитии, индивидуумы, из которых они состоят, теряют способность любить здоровым и естественным образом. Чувство семьи исчезает; мужчины не женятся, потому что им неудобно взваливать на себя ответственность за жизнь другого человека и заботиться о любом другом существе, кроме самих себя; женщины боятся боли и неудобств материнства, и если они вступают в брак, они стараются, применяя самые аморальные средства, обеспечить бесплодие. Инстинкт размножения, целью которого перестало быть размножение, у одних аннулирован, в то время как у других он вырождается в самые своеобразные и иррациональные извращения. Акт сексуального единения, самая возвышенная функция организма, деградирует до распутного акта похоти; он больше не осуществляется в интересах сохранения вида, а исключительно для удовольствия индивида и без какой-либо связи с потребностями общества”.

Альфред Рассел Уоллес выступал за половое воздержание в качестве профилактической меры в период максимальной жизнеспособности и силы; он советует значительно повысить брачный возраст женщин, чтобы снизить их фертильность. Если бы средний возраст женщины при вступлении в брак составлял 29, а не 20 лет, фертильность браков была бы снижена в соотношении 8: 5.,,

Однако желаемая цель искусственного бесплодия не будет достигнута путем пропаганды умеренности и воздержания. Многочисленные дополнительные меры, используемые для этой цели, могут быть классифицированы как *физиологические* и *искусственные*; последний класс может быть дополнительно подразделен на *механические* и *оперативные*.

Под физиологическими средствами предотвращения зачатия мы понимаем меры, направленные на достижение бесплодия путем сокращения количества половых актов и ограничения этих актов определенными периодами времени. Физиологические профилактические меры, помимо более высокой этической ценности, которой они обладают по сравнению с искусственными мерами, имеют то преимущество, что их можно рассматривать как безвредные для общего здоровья женщины и, в частности, для целостности ее репродуктивных органов; однако у них есть тот очень серьезный недостаток, что результаты их применения очень неопределенны, так что они дают не более чем вероятность, а часто и очень умеренную вероятность того, что зачатие будет предотвращено.

В качестве физиологической меры для достижения факультативного бесплодия “без нарушения какого-либо морального закона” *Капельманн* рекомендовал воздержание от полового акта в течение четырнадцати дней после менструации и за три-четыре дня до начала кровотечения. Не слишком акцентируя внимание на том факте, что при следовании этой рекомендации период, в течение которого допустимы половые сношения, был бы крайне ограничен, необходимо указать, что, хотя таким образом вероятность наступления зачатия может стать менее вероятной, его предотвращение никоим образом не гарантировано, поскольку установленным фактом является то, что женщина может забеременеть в результате полового акта в любой отдельный день межменструального интервала. Совет *Капельмана*, воплощающий, по его выражению, “единственно морально допустимое” средство предотвращения зачатия, не был оригинальным, поскольку та же рекомендация была дана ранее *Рачиборски*, который, однако, считал эту меру весьма неопределенной. *Капельманн* придерживается мнения, что он достаточно надежен для практических целей.

Бебель, который является объявленным противником мальтузианства, тем не менее устанавливает позитивные правила для снижения способности к деторождению и фертильности путем регулирования рациона питания. Он ссылается на пример пчел, которые, изменив питание, могут произвести новую пчелиную матку по своему желанию. “Таким образом, пчелы, - говорит он, - опережают людей в своих знаниях о половом развитии. Предположительно, их уже пару тысяч лет не заставляли слушать проповеди, информирующие их о том, что заниматься сексуальными вопросами ‘неприлично’ и ‘аморально’. Нет никаких сомнений в том, что режим питания оказывает влияние на состав мужской спермы, а также на восприимчивость к оплодотворению женской яйцеклетки; следовательно, увеличение популяции должно в очень важной степени зависеть от режима питания. Если бы это можно было точно установить, у нас были бы средства регулирования численности населения в сфере снабжения продовольствием. В качестве примера влияния в этой связи режима питания на человеческий род сообщается, что из-за жирной и питательной диеты старых баварских крестьян, которые питались в основном очень жирными пудингами, браки зажиточных крестьян часто были бездетными. Однако не следует забывать, что добрачные половые сношения, которые были обычными в этой части мира и носили несколько беспорядочный характер, возможно, способствовали возникновению этого бесплодия”. Наконец, *Бебель* указывает, что женщина будущего “не захочет рожать большое количество детей. Она захочет насладиться некоторой личной свободой и независимостью и не согласится провести половину или три четверти лучших лет

своей жизни беременной или с ребенком у груди. Из этого следует, что численность населения будет регулироваться без нездорового сексуального воздержания и без применения неприятных профилактических мер”. Однако *Бебель* не сообщает нам никаких подробностей относительно точного способа, которым это постановление должно быть введено в действие.

Толстой в своей широко известной книге “Крейцерова соната” категорически осуждает удовлетворение сексуального влечения. Он требует признания того факта, что “половой акт, при котором мужчина либо избегает естественных последствий — рождения детей, - либо перекладывает все бремя этих последствий на женщину, противоречит простейшим требованиям морали, на самом деле является крайне низменным”. Чтобы сделать возможным сексуальное воздержание, которое он считает морально необходимым, мужчины должны не только стараться вести естественный образ жизни, но и не употреблять алкоголь, питаться с большой умеренностью, воздерживаться от мяса и не бояться тяжелой работы. *Толстой* даже требует, чтобы мужчины и женщины были воспитаны так, “чтобы и до, и после брака они могли относиться к любви и связанной с ней чувственной страсти не так, как они относятся сейчас, как к возвышенному и поэтическому состоянию, а как к скотскому состоянию, унижающему человечность”. *Толстой*, однако, категорически против использования превентивных мер: “во-первых, потому, что они освобождают людей от забот и печалей, связанных с рождением детей, что следует рассматривать как наказание за чувственную любовь; и, во-вторых, потому, что их применение тесно связано с преступлением, наиболее отвратительным для человеческой совести, преступлением убийства”. Целомудрие после вступления в брак является не меньшей обязанностью, чем до него; после вступления в брак мужчина и жена должны “продолжать молиться об избавлении от искушения и стремиться заменить чувственную любовь чистыми отношениями брата и сестры”.

Эйленбург рассматривает современное распространение и непрерывный рост использования превентивных мер как признаки упадка; *Левенфельд*, с другой стороны, рассматривая социальные условия сегодняшнего дня как основной источник использования превентивных мер, видит в этом не моральный упадок, а, напротив, скорее повышение морального уровня жизни.

Другое физиологическое средство профилактики заключается в том, чтобы избегать совместного проживания в тот сезон или месяц, в который, судя по предыдущим родам женщины, она, по-видимому, была особенно восприимчива к оплодотворению. *Конштейн* утверждал, что у женщины, как и у низших животных, способность к зачатию связана с определенным временем года, что фактически существует индивидуальное время склонности к оплодотворению. Предположение о том, что существует такое время пристрастия, однако опровергается фактом, знакомым всем, кто регистрировал дни рождения детей в многодетных семьях, что они приходятся на самые разные месяцы года. Действительно, статистически доказано, что определенные месяцы и сезоны особенно благоприятны для зачатия, что максимум зачатий приходится на весну, а второй, гораздо меньший максимум - на зиму; но эти различия в количестве зачатий зависят главным образом от социальных факторов, таких как, например, обычное время года для вступления в брак, возможность общения между полами, общий труд в доме или на открытом воздухе и т.д. Следовательно, это предполагаемое время, благоприятствующее зачатию, не может серьезно рассматриваться при обсуждении мер по предотвращению беременности.

В качестве физиологического средства предотвращения зачатия также была рекомендована пассивность женщины во время полового акта. Хорошо известно, что активное участие

женщины в половом акте, усиливая ее сладострастные ощущения, вызывает определенные рефлекторные действия, а именно опущение матки, округление маточного отверстия, уплотнение влагалищного отверстия и, наконец, эякуляцию секрета желез шейки матки и желез Бартолина; эти изменения ускоряют поступление спермы в полость матки и повышают подвижность сперматозоидов. На этом факте основано предположение, что вследствие недостаточного сексуального возбуждения во время полового акта, либо спонтанного, либо когда женщина намеренно остается “холодной”, рефлекторные действия, способствующие восходящему продвижению сперматозоидов, не происходят; существует много свидетельств в пользу истинности этой точки зрения. *Ридель* сообщает о женщинах острова Буру, что они часто вступают в половую связь с незнакомыми мужчинами, “но во время полового акта в таких случаях они сохраняют пассивное и безразличное состояние, чтобы избежать оплодотворения”. *Фон Краффт-Эбинг* указывает, что проститутки при половом акте с мужчинами, к которым они привязаны, испытывают сладострастное возбуждение, в то время как при половом акте с мужчинами, к которым они безразличны, они остаются полностью пассивными. Из этого следует, что эти маточные рефлексы находятся под властью сознательной воли; но при всех обстоятельствах нельзя полагаться на этот факт в достаточной степени, чтобы можно было использовать такой добровольный контроль в качестве надежного средства профилактики. С этим связана ранее упомянутая китайская практика Кун-фу, разновидность гипноза, при которой во время полового акта мысли концентрируются на каком-то другом предмете, и таким образом предполагается предотвратить зачатие.

Искусственное затягивание периода лактации - старый и хорошо известный метод, применявшийся многими дикими народами для предотвращения оплодотворения. Как правило, пока продолжается лактация, сохраняется аменорея, а половой акт остается бесплодным. Но это правило также не является универсальным.

Искусственными средствами достижения факультативной стерильности являются те, с помощью которых предпринимается попытка предотвратить беременность с помощью какого-либо механического препятствия контакту спермы с яйцеклеткой, поскольку без этого контакта зачатие невозможно.

Древнейшим из этих средств является то, которое описано в книге Бытия (гл. xxxviii, стихи 9, 10), *congressus interruptus*, где, однако, эта практика каралась смертью: “И понял Онан, что семя не должно принадлежать ему; и было так, что, войдя к жене брата своего, он пролил его на землю, чтобы не дать семени брату своему. И то, что он сделал, не понравилось Господу, за что он убил его.” Этот способ предотвращения беременности, при котором мужская оболочка полностью выводится из влагалища до того, как произойдет извержение семени, в настоящее время является очень широко распространенной практикой; и при правильном выполнении он полностью эффективен в обеспечении бесплодия. *Томпсон* рассказывает, что эта практика используется молодежью массаи, которым разрешены свободные половые сношения с девушками, но если девушка беременеет, ее предадут смерти.

Длительная практика прерывистого полового акта, по моему опыту, приводит — в дополнение к повреждению нервной системы в целом вследствие сильной гиперемии матки и маточных отростков, не сопровождающейся наступлением оргазма, — к состоянию застоя в женских репродуктивных органах; и это в конечном итоге переходит в хронический метрит (с расслаблением матки, ретрофлексией или антефлексией, катаральным заболеванием слизистой оболочки, эрозиями и фолликулярными изъязвлениями влагалищных порций), офорит и периметрит. В результате некоторых замечательных наблюдений я должен даже считать вполне вероятным, хотя фактических доказательств все еще не хватает, что недавний

поразительный рост частоты неоплазм женских репродуктивных органов причинно зависит от постоянно растущего использования во всех кругах общества средств предотвращения беременности.

Пагубные последствия прерывания полового акта для женщины зависят от того факта, что женщине не удастся получить полного сексуального удовлетворения, и что это оказывает важное влияние на весь ее организм. Из-за невозможности эякуляции кровь, которая во время стадии сексуального возбуждения скапливается в эректильных структурах и кавернозных пространствах половых путей, не отливает быстро, как в нормальных условиях; но скопление сохраняется в течение неопределенного периода и, по словам *фон Краффт-Эбинга*, приводит к функциональным расстройствам, а также к серьезным тканевым изменениям. Функциональные расстройства принимают форму гиперемии органов малого таза и, вероятно, также поясничной части спинного мозга (тупая боль в крестцовой области, ощущение боли и тянущих ощущений в области таза и нижних конечностей, вялость); эти симптомы часто продолжаются в течение нескольких часов после полового акта. Если этот неприятный половой акт часто повторяется, у сладострастной женщины возникают расстройства репродуктивных органов; и еще чаще - нервные расстройства в форме сексуальной неврастении. Этот автор считает, что, особенно у женщин, прерывистый половой акт и нефизиологические способы полового акта в целом являются чрезвычайно сильными причинами сексуальной неврастении — такими же сильными, как мастурбация.

Бирдв своей работе о сексуальной неврастении утверждает, что внезапное прерывание полового акта (а также использование презервативов и подобных приспособлений) не только гораздо более вредно, чем чрезмерно частое нормальное половое сношение; но он указывает, что необходимо также принимать во внимание тот факт, что (поскольку из-за неестественного способа полового сношения возможность оплодотворения почти полностью исключается) половым сношением в таких случаях можно заниматься гораздо чаще, и часто с явными превышениями. В таких обстоятельствах особенно вероятно пагубное воздействие на нервную систему, поскольку мы имеем дело с сочетанием чрезмерно длительных и частых половых сношений и помех полному сексуальному удовлетворению.

Мантегацца считает, что органические заболевания спинного мозга на самом деле могут быть результатом прерывистого процесса.

Хирт считает, что даже при тщательном регулировании частоты супружеских сношений прерывистый процесс может привести к неврастеническим проявлениям.

Фон Хеслин считает бесспорным, что профилактические методы полового акта могут вызывать нервные расстройства, и в особенности неврастенические расстройства, проявляющиеся главным образом в сфере репродуктивных органов.

Эйленбург также заявляет, что прерывающийся половой акт уже является частой причиной сексуальной неврастении у женщин и что его пагубное влияние в этом отношении проявляется все чаще. Он публикует два типичных случая, в которых по этой причине, в одном случае, возникла функциональная невропатия, а в другом - местное заболевание репродуктивных органов.

Фрейд описывает "невроз тревоги", который возникает из-за неполного удовлетворения женщины во время полового акта. Коитус прерывание почти неизменно вредно для мужчины; для женщины вредно, если мужчина думает только о себе и прерывает коитус, как только приближается семяизвержение, не заботясь о состоянии сексуального возбуждения

женщины. Если, с другой стороны, мужчина ждет, пока сексуальное удовлетворение женщины не будет завершено, значение такого прерванного полового акта для женщины равнозначно значению нормального полового акта.

Отдельные авторитеты, как, например, *Стилл* и *Томпсон*, оспаривали предполагаемые пагубные последствия профилактических методов полового акта. “Вред приносит привычный избыток, - говорит *Фюрбрингер*, - а не неестественный характер отдельного акта”. *Левенфельд*, который считает неприятие медиками “мальтузианства” не вполне оправданным и полагает, что опасности для здоровья, “возникающие в отдельных случаях”, не очень серьезны, тем не менее утверждает, что медик должен советовать своим пациентам не практиковать прерывание полового акта. Способ предотвращения зачатия, по его мнению, не является безразличным для женщины. Использование окклюзионных пессариев и подобных приспособлений никоим образом не препятствует нормальному развитию сексуального удовлетворения и, следовательно, не может оказывать какого-либо прямого влияния на возникновение нервных расстройств. Однако забытый окклюзионный пессарий во многих случаях вызывал местные нарушения во влагалище. Когда мужчина полностью силен, использование презервативов не может причинить вреда женщине, поскольку единственный эффект презерватива (у очень возбудимой женщины) заключается в том, что он немного затрудняет наступление оргазма, но не предотвращает его. Прерывистый процесс сам по себе, согласно *Левенфельду*, вреден для женщины только тогда, когда из-за недостаточной потенции у мужчины или недостаточной возбудимости у женщины прерывание происходит до наступления оргазма.

Валента заявила, что прерывающийся половой акт является одной из основных причин хронического метрита. *Элишер* видел, что в результате этой практики возникает периметрит; *Грефе* перечисляет, как последствия часто повторяющихся прерываний полового акта, хроническую гиперемию матки и офорит; *Гуделл* наблюдал удлинение шейки матки; *Менсинга*, инфаркт матки, отек влагалищных порций, изъязвление шейки матки, истерические пароксизмы, судороги, цефалгии, кардиалгии и т.д. *Лир* сообщает о случае, в котором после трехлетней практики прерывания полового акта наступила менопауза с атрофией матки; у *Ашера* в аналогичном случае развился хронический метрит. Согласно *Кляйнвехтеру*, прерывание полового акта причиняет женщине немалый вред, в то время как мужчина, у которого происходит эякуляция, страдает сравнительно мало. *Фелинг* считает, что при прерывании полового акта лишь небольшая часть женщин испытывает сексуальное возбуждение. *Нойгебауэр* утверждает, что среди очень многочисленных случаев рака матки, которые он лечил, большинство пациенток признались, что практиковали прерывание полового акта. *Pigeolot* делает аналогичное заявление.

Следует, однако, признать, что определенное количество врачей абсолютно отрицают опасность прерывистого полового акта, в то время как другие считают ее совершенно незначительной. Точно так же, как тенденция современного мнения состоит в том, чтобы верить, что для нормальных мужчин и женщин опасность мастурбации гораздо менее серьезна, чем считалось ранее, так и сейчас многие утверждают, что прерывание полового акта вредно только для лиц с наследственной невропатической предрасположенностью. Еще более нежелательно многим признавать, что другие профилактические методы наносят женщинам какой-либо вред. Таким образом, *Вилле* утверждает, что постоянный страх беременности в большинстве случаев нанесет женской нервной системе больший вред, чем все профилактические меры в мире. Поэтому для нервно-слабой женщины надежная профилактика беременности часто бывает необходимой и наиболее полезной.

Один знаменитый анатом сообщил мне об искусственном методе предотвращения извержения семени. Он практикуется в Трансильвании и во Франции. Во время полового акта женщина, незадолго до мужской эякуляции начинается, насильно давит пальцем на основание эрегированного пениса, только в передней части предстательной железы; мочеиспускательный канал окклюзии с помощью этого цифрового сжатия, сперма попадает в мочевой пузырь, а впоследствии эвакуируются с мочой.

Эту практику можно сравнить с механическим изгнанием спермы из женских половых путей сразу после коитуса. *Таури* сообщает, что женщины из бедных слоев населения Италии садятся прямо в постели сразу после полового акта и кашлем в сочетании с давлением на живот вызывают выброс спермы. *Мортон* сообщает нам, что туземные женщины Северной Австралии, вступая в половую связь с белым мужчиной и желая избежать оплодотворения, подобным же образом намеренно вызывают истечение спермы *постактум*. Женщина садится на корточки прямо, широко расставив ноги, и извилистым движением промежности и одновременным мощным прижимающим давлением она извергает сперму на землю.

Другим способом, с помощью которого предпринимается попытка избежать оплодотворения, является использование вагинальных инъекций; жидкость, смертельная для сперматозоидов, используется для этой цели сразу после коитуса. Наиболее часто используются спринцевания холодной водой, от ½ до 1% раствором медного купороса, 1% раствором квасцов, ¼% раствором сульфата хинина; но все это весьма ненадежно, поскольку невозможно быть уверенным, что все сперматозоиды будут подействованы и уничтожены. *Олбат*, который в качестве медицинского секретаря Мальтузианской лиги в Лондоне, несомненно, имел очень богатый опыт, согласен с *Хаусманном* в отрицании того, что широко пропагандируемое спринцевание холодной водой может быть использовано для предотвращения беременности. Внезапный отток крови из сосудов половых путей в тот самый момент, когда они сильно закупорены, что неизбежно должно быть результатом холодного душа, более того, может привести к метриту, периметриту и офориту.

Более надежными являются различные устройства, целью которых является предотвращение контакта спермы с яйцеклетками путем установки искусственной стенки. Хотя даже в этом отношении мы должны иметь в виду наблюдение *Лотта*, который обнаружил, что сперматозоиды способны проходить через неповрежденную мембрану в благоприятных областях всего за десять минут. Самым распространенным из всех этих приспособлений является изделие, известное как презерватив, которое обволакивает пенис мембраной, состоящей по-разному из изингласа, цекума ягненка или каучука. Презервативы, если они изготовлены из подходящего материала и при бережном использовании, являются самым надежным из всех профилактических средств. Более того, вред, наносимый их использованием здоровью женщины, незначителен, поскольку они лишь до некоторой степени уменьшают интенсивность раздражителя, что требует несколько большей продолжительности его действия для достижения наиболее интенсивного оргазма и, таким образом, вызывает естественное физиологическое прекращение нервного возбуждения. На самом деле, хотя и с некоторой задержкой, нормальная реакция происходит в репродуктивных органах. Пагубный эффект использования презерватива не идет ни в какое сравнение с эффектом прерывания полового акта. Однако есть некоторое оправдание известной эпиграмме Рикорда о том, что презерватив - это "паутина для предотвращения опасности и панцирь для предотвращения сладострастного удовольствия".

Когда гинеколог по хорошо обдуманым причинам, основанным на каком-либо патологическом состоянии, поражающем его пациентку, считает оправданным рекомендовать предотвращение беременности, я считаю, что наиболее надежной и наименее вредной мерой, доступной в настоящее время, и предпочтительной по сравнению со всеми другими механическими устройствами, является тщательно подобранный и качественно изготовленный презерватив.

Презерватив уже использовался в Италии в середине шестнадцатого века в виде льняной обертки, адаптированной к форме полового члена; впоследствии, согласно *Грюнфельду*, презервативы изготавливались из цельной кишки ягненка; еще позже для этой цели использовалось изингласс. Согласно *Хансу Ферди*, цекальный презерватив изготавливается из соединительнотканного слоя цекальной кишки овцы или теленка (очень молодого животного); в меньшей степени для этой цели используются также цекальная кишка козы, оленя и косули. Различные разновидности презервативов *sæsal* отличаются главным образом различиями в толщине и мягкости мембраны. *Ферди* утверждает, что четыре лучших сорта изготавливаются из темени овец; они имеют толщину: I. от 0,008 до 0,01 мм (от 0,00032 до 0,0004 дюйма); II. от 0,012 до 0,015 мм (от 0,00048 до 0,0006 дюйма); III. от 0,017 до 0,023 мм (от 0,00068 до 0,00092 дюйма); IV. от 0,025 до 0,03 мм (от 0,001 до 0,0012 дюйма).

Следующими по качеству идут четыре сорта, полученные от теленка, толщина варьируется от 0,015 до 0,04 мм (от 0,006 до 0,016 дюйма). Наконец, у нас есть три разновидности, полученные от трех других уже упомянутых животных. Таким образом, существуют все одиннадцать разновидностей презервативов *sæsal*, и поскольку в процессе производства мембрана не подвергалась никаким повреждениям, они продаются как “неповрежденные”. Но если в процессе подготовки в мембране было проделано отверстие, это отверстие закрывается приклеиванием небольшого лоскутка мембраны. Такие латанные презервативы, естественно, совершенно бесполезны, поскольку пластырь легко разрыхляется под воздействием влаги, которой он подвергается, и отваливается, когда защитные и профилактические функции полностью разрушаются; тем не менее, такие бракованные презервативы часто продаются. Резиновые презервативы, продолжает *Ферди*, изготавливаются из каучуковой мембраны толщиной 0,03-0,1 мм (0,0012 - 0,04 дюйма); но они, по его словам, не гигиеничны, поскольку “такая резиновая мембрана, которая как у мужчины, так и у женщины полностью покрывает эрогенные зоны, обычно стимулируемые при половом акте, приглушает необходимую стимуляцию, так что ощущения во время полового акта серьезно притупляются из-за введения этого инородного тела; нервно предрасположенные люди не могут регулярно использовать этот вид презервативов в течение длительного периода”, не делая вероятным возникновение серьезных функциональных нарушений полового аппарата”. Это мнение представляется мне необоснованным. Мы должны также упомянуть “Гланс-презерватив,” резиновые мембраны, которая служит для покрытия головки полового члена только во время полового акта, и, чтобы сохранить семенной секреции; ее серьезные дефекты, однако, состоит в том, что в акт о снятии с пениса, презерватив с большой долей вероятности будет снимать, когда семена будут, в конце концов, пройти во влагалище.

Переходя теперь к рассмотрению аппаратов, которые вводятся в половой канал женщины для предотвращения оплодотворения, мы можем в первую очередь упомянуть губки, которые используются уже давно; после тщательной очистки их можно сделать асептическими путем погружения в раствор карболовой кислоты или лизола. Эти губки должны быть очень мягкими; их нарезают на шарики диаметром от 3 до 7 см (1,2-2,8 дюйма); перед половым актом их вводят во влагалище, а после коитуса извлекают с помощью ленты, которая всегда должна быть к ним прикреплена. Этот метод, однако, весьма ненадежен, поскольку губка не

представляет собой непроницаемой стенки для прохождения сперматозоидов, и при ее выведении часть спермы, весьма вероятно, может остаться во влагалище. То же самое возражение следует высказать и в отношении ватных пробок аналогичной конструкции, препятствующих зачатию; иногда их смачивают жидкостью, предназначенной для разрушения сперматозоидов. Недавно *Гинцбург* рекомендовала вводить во влагалище ватную пробку, смоченную трехпроцентным раствором. раствор карболовой кислоты в глицерине; он считает этот метод безопасным, потому что сперматозоиды немедленно разрушаются при контакте с самыми слабыми растворами карболовой кислоты.

Для уничтожения жизнеспособности сперматозоидов также использовались вагинальные свечи, изготовленные из масла какао, обработанного гидрохлоратом хинина; они, так называемые “защитные pessaries” или “защитные овалы”, вводятся во влагалище за полчаса до коитуса; масло какао растапливается теплом тела, а слизистая оболочка влагалища и зев матки покрываются обработанным жиром материалом, с помощью которого сперматозоиды разрушаются (или должны быть). Этот метод прост в применении, но он крайне ненадежен.

Еще более сомнительными являются инсуффляторы, наполненные различными порошками (борная кислота, лимонная кислота, тимол и т.д.); после введения трубки инсуффлятора во влагалище порошок наносится на слизистую оболочку влагалища и влагалищные порции. Иногда за этой процедурой могут последовать симптомы интоксикации; и в любом случае, из-за иссушающего действия, которое порошок оказывает на слизистую оболочку влагалища, он оказывает нарушающее влияние на коитус.

Компания Kleinwachter в случаях, когда необходимо предотвратить беременность в интересах здоровья или самой жизни женщины, рекомендовала введение во влагалище шариков, активным компонентом которых является борная кислота.

Рационально сконструированным аппаратом, который в целом, по-видимому, очень хорошо выполняет свое назначение, является *окклюзионный pessary*, сконструированный *Мензингой* в настоящее время выпускаемый в различных модификациях. Окклюзионный pessary представляет собой полую полусферу из резиновой мембраны, по краю которой проходит стальное кольцо. Размер pessaria должен быть адаптирован к индивидуальному случаю. Он вводится во влагалище таким образом, что внешняя поверхность полушария занимает влагалищный свод, в то время как стальное кольцо касается стенки влагалища со всех сторон; таким образом, влагалищные своды и маточное отверстие полностью отсекаются от нижней части влагалища. Недостатком этого инструмента является то, что либо женщина должна носить его постоянно, что сопряжено с многочисленными неудобствами, либо он должен вводиться опытной рукой непосредственно перед половым актом — и не каждая женщина способна самостоятельно отрегулировать его, даже после тщательного объяснения, поскольку pessary должен быть точно установлен таким образом, чтобы передний край кольца находился непосредственно за лобковым симфизом, а задний край кольца - за зевом матки. Более того, инструмент может легко сместиться при резких движениях, кашле, чихании и т.д. В любом случае, pessary должен быть тщательно подобран, чтобы соответствовать конфигурации влагалища, поскольку в противном случае он может оказывать вредное давление на стенки влагалища и может привести к другим неблагоприятным последствиям, которые, как правило, сопровождают ношение любого pessaria в течение длительного периода — эксфолиациям, эрозиям, флуоресценции и т.д. В большинстве случаев выясняется, что сама женщина не компетентна вводить окклюзионный pessary. Для правильной регулировки окружающего кольца необходима квалифицированная рука.

Баллон-окклюзионный пессарий Галла состоит из мягкого эластичного резинового диска, окруженного тонкостенным резиновым кольцом, внутренняя часть которого соединена с помощью тонкой трубки с надувающимся резиновым шариком. Женщина может сама ввести инструмент и надуть кольцо; оно перекрывает вагинальный проход без какого-либо вредного давления.

Другие пессарии состоят из полых резиновых шариков, содержащих некоторое количество жидкости, смертельной для сперматозоидов, которая может быть выпущена во влагалище при открытии клапана путем потягивания за нитку. Они, однако, столь же ненадежны, как вышеупомянутые вагинальные диски и инсуффляторы. Двусторонний окклюзионный пессарий имеет форму усеченного конуса с двойными стенками; в его основании имеется ряд закругленных отверстий и одно удлиненное отверстие; через это последнее в полость конуса вводится таблетка борной кислоты. При помощи конуса к матке механически закупоренных; сперма проходит через отверстия в основании в интерьер прибором, и как борная кислота таблетки растворяется влагу, к которой он теперь подвержен, жизнеспособность сперматозоидов разрушается. Однако самой женщине нелегко управлять этим аппаратом. “Матрисал-пессарий” мало чем отличается от других окклюзионных пессариев. Новейший инструмент для предотвращения оплодотворения известен как “Венерин аппарат”; он состоит из шприца с двумя шариками, большим и маленьким, на обоих концах резиновой трубки; при надавливании на шарик большего размера и последующем ослаблении давления шарик меньшего размера наполняется жидкостью для разрушения сперматозоидов (приготовленной из раствора одного из “венериных порошков”, продаваемых вместе с инструментом); после наполнения этот шарик меньшего размера вводится во влагалище и остается соединенным с помощью трубки с шариком большего размера, который находится между пальцами женщины. бедра. В момент мужской эякуляции женщина надавливает на этот шарик, и таким образом жидкость, заполняющая меньший шарик, вытесняется в ее влагалище.

Против всех этих механических окклюзионных пессариев можно возразить, что они способны вызывать раздражающие состояния половых органов, вызывая неприятные выделения, зуд и т.д. (Недавно, чтобы уменьшить этот недостаток, пессарий был изготовлен из вулканизированного батиста, а не из резины, и, по-видимому, тогда он оказывает менее раздражающее действие.) Еще хуже повреждение матки и слизистой оболочки шейки матки, вызванное определенными внутриматочными инструментами, которые были рекомендованы для предотвращения зачатия. Последним из них является “обтуратор”, состоящий из серебряной или позолоченной трубки, которая проходит через зев матки внутрь матки и оставляется *in situ*. В связи с этим утверждается, что “это позволяет менструальным выделениям свободно вытекать, но чрезвычайно затрудняет проникновение сперматозоидов”. *Бирмер* сообщает о пяти случаях, когда в результате использования одного из этих обтураторов был причинен серьезный вред здоровью. В одном из таких случаев, когда были очень сильные боли и выделения из матки, *Бирмер* удалил изнутри матки сломанное крыло запирающего устройства; однако пациентка умерла, и вскрытие выявило перфорацию матки. В другом из случаев аппарат также был сломан.

Менее опасен недавно изобретенный тампон-расширитель. Она вводится во влагалище самой женщиной, чтобы через нее она могла с помощью специального вводного устройства ввести таблетку борной кислоты, гидрохлората хинина, лимонной кислоты или какого-либо другого вещества, смертельного для сперматозоидов. Без какого-либо такого инструмента нанесение этих “овалов” на нужное место часто затрудняется женщинами.

Очень замечательное средство достижения искусственного бесплодия, напоминающее оперативные процедуры, иногда применяемые в западных странах, применяется в различных частях света, и особенно в Ост-Индии и на Зондских островах, а именно, искусственное неправильное положение матки, особенно переднее. Так, *ван дер Бург* пишет из Голландской Индии: “У девочек сексуальное влечение развивается очень рано и удовлетворяется без страха последствий, когда прибегают к услугам определенных опытных пожилых женщин”. Фактически, эти женщины, по-видимому, понимают, как с помощью давления, растирания и разминания через стенки брюшной полости (не вагинальным путем) вызвать антеверсию или ретроверсию матки до такой степени, чтобы предотвратить наступление зачатия. Говорят, что единственными неудобными последствиями этой процедуры являются незначительные боли в пояснично-крестцовой и паховой областях и некоторые проблемы с отхождением вод в течение первых нескольких дней после проведения манипуляций. Позже, когда девушка, подвергшаяся такому лечению, желает выйти замуж и стать матерью, путем отмены манипуляций матка возвращается в свое естественное положение. Говорят, что этих квалифицированных женщин призвали европейские женщины в Голландской Индии, которые не хотели иметь много детей; но, похоже, что у женщины, которая однажды родила ребенка, на результат манипуляций можно меньше полагаться, чем в случае с девственницей.

Средством обеспечения искусственного бесплодия, которое во всех цивилизованных государствах карается как уголовное преступление и которое, тем не менее, очень часто практикуется, является искусственное прерывание беременности. Особенно в Северной Америке, где, по-видимому, существуют постоянные профессиональные специалисты по абортам. В связи с этим, *Томас*, известный американский гинеколог, пишет следующее: “Статистики, показывающей частоту криминальных аборт, нет и, вероятно, никогда не будет, поскольку это преступление не может адекватно контролироваться человеческим обществом и обычно ускользает от законного наказания. Утверждение о том, что закон неустанно преследует того, кто убил своего ближнего, кажется трудным, но это правда, в то время как он оставляет неуязвимым того, кто убил эмбрион в утробе матери. В этот момент на моем столе лежит одна из самых широко распространенных, самых уважаемых и наиболее тщательно отредактированных ежедневных газет Нью-Йорка - газета, которая попадает в лучшие круги общества, а также в руки девушек и женщин по всей стране. В его колонках я нахожу пятнадцать рекламных объявлений, которые, вне всякого сомнения, исходят от профессиональных специалистов по абортам — от мужчин и женщин, которые зарабатывают на жизнь детоубийством”.

О. Рейхер отмечает также, что в американских газетах ежедневно появляются рекламные объявления, подобные следующей: “Таблетки для регулирования месячных. Женщин, ожидающих заключения, предупреждают ни в коем случае не пользоваться ими, поскольку в этом случае неизбежно последует аборт”.

Эмметт в своем “Учебнике гинекологии” также жалуется на ужасающую частоту криминальных аборт, так что “каждый день мы видим больше несчастий в результате неправильного использования супружеских отношений, чем за целый месяц в результате родов, которые происходят естественным образом”.

Померой также говорит, что “Предотвращение зачатия и разрушение нерожденной жизни являются в высшей степени американскими грехами”; и он добавляет, что если не установить границ их распространению, “рано или поздно они должны привести ко всеобщему несчастью”. В ходе нашей практики мы сталкиваемся с женщинами, которые не

решились бы убить муху, но которые, не задумываясь, уничтожили полдюжины или больше своих собственных нерожденных детей ”.

Американский медицинский конгресс предложил приз за краткое и удобочитаемое эссе, пригодное для распространения среди женщин, показывающее преступность и физическую вредность искусственного прерывания беременности. Премия была присуждена эссе Сторера под названием “Почему бы и нет?”

У древних греков страх перенаселения привел к практике гомосексуальных сношений. Государства Древней Греции в большинстве случаев имели очень небольшую площадь, так что даже очень умеренный прирост населения сделал бы недостаточными средства к существованию. Поэтому избегали половых сношений с женщинами, а сексуальное влечение удовлетворялось неестественными способами. Вдохновленный этим страхом перенаселения, Аристотель призывал мужчин избегать женщин и предаваться любви к мужчинам и мальчикам, а ранее Сократ прославлял любовь к мальчикам как признак более высокой культуры. Самые выдающиеся мужчины классической Греции практиковали гомосексуальные сношения; писатели и поэты воспевали любовь мальчиков. Вдохновленная их примером, Сафо Лесбосская стала вдохновенной поэтессой о любви женщин к представителям своего пола (лесбийская любовь).

Среди римлян пресыщение, вызванное половыми излишествами, привело в этой стране к распространению греческой любви к мальчикам; последующая бездетность до такой степени уменьшила численность римских бюргеров и патрициев, что Август в 16 году до н.э. ввел в действие закон Юлиана, по которому рождение детей поощрялось, в то время как безбрачие стало наказуемым преступлением.

В настоящее время страх перед чрезмерно большим количеством детей в связи с собственностью, которой обладают родители, и в связи с возможностями питания привел целые классы и даже целые нации к принятию профилактических мер при половом акте; эти меры фактически превратились в систему, которая находит приверженцев среди всех слоев населения, но в особенности, как легко понять, среди определенных зажиточных слоев общества. Во Франции эта система была принята до такой степени, что стала национальным бедствием.

В немногих странах цивилизованного мира, замечает *Бебель*, браки так часты относительно численности населения, как во Франции, в то время как ни в одной стране среднее число детей в браке не бывает таким маленьким или прирост населения таким медленным. Французская буржуазия давно приняла эту систему, и крестьянство и ремесленные классы следуют их примеру. Во многих частях Германии те же причины привели к тем же результатам. Во Франции, помимо предотвращения беременности и практики искусственного прерывания беременности, детоубийство и облучение детей также фактически используются для сокращения численности населения.

Оперативные меры по обеспечению искусственного бесплодия практиковались с очень древних времен как цивилизованными, так и дикими народами. Согласно *Страбону*, древние египтяне и лидийцы были знакомы с искусством удаления яичников у девочек и женщин. Лидийские цари, Андромит и Гигес, кастрировали женщин из своих гаремов, чтобы они были вечными и формировали флорентийскую матку. *Фон Миклучо-Маккей* сообщает, что в некоторых частях Австралии коренные жители удаляют яичники некоторым девушкам, чтобы обеспечить своих молодых мужчин гетерами, которые вряд ли могут забеременеть. *М. Гиллиррей* видел на Кейп-Йорке глухонемую женщину, у которой были удалены яичники, чтобы предотвратить рождение глухонемых младенцев.

Мы не можем удержаться от ссылки на поразительное предложение *К. А. Вайнхолда*, содержащееся в его работе о перенаселении Центральной Европы и его последствиях для соответствующих стран и цивилизации в целом. Он советует, “в качестве общей и срочно необходимой меры, широко распространенную практику своего рода инфибуляции, которая должна проводиться в возрасте четырнадцати лет и сохраняться до вступления в брак, и должна выполняться в отношении всех тех лиц, которые, как может быть доказано, не обладают достаточным имуществом для воспитания ребенка, если они забеременеют в результате внебрачного полового акта. А у тех, кто так и не достиг финансового положения, при котором они могли бы содержать семью, инфibuлированному состоянию следует позволить сохраняться на протяжении всей жизни!”

Это предложение, по сути, не ново, поскольку искусственное сращивание половых губ с целью предотвращения зачатия — операция *инфibuляции* - практикуется многими дикими народами. Согласно подробному отчету, приведенному *Плосс-Бартельсом*, эта операция, при которой внутренние поверхности больших половых губ освежаются, сшиваются и срастаются, практикуется бедша, галласами, сомалийцами, жителями Харрара, Массая и др. Цель этой практики - сохранить целомудрие девушек до замужества, когда проводится обратная оперативная процедура. Если муж уезжает в путешествие, во многих случаях его женам снова проводится операция инфibuляции. Работоторговцы также используют эту операцию, чтобы предотвратить беременность своих рабынь. Однако сообщается, что операция не всегда дает желаемый эффект. *Хартманн* сообщает нам, что в Нубии, на Сенааре и частично в Кордофоне вырезают *præputium clitoridis* или весь клитор целиком, а края нимфы затем освежают и сшивают вместе, так что остается единственное отверстие, достаточно большое для оттока мочи.

Брем утверждает, что операцию проводят пожилые женщины, которые делают необходимые надрезы бритвами; незадолго до свадьбы жених отправляет родственникам девушки вырезанную из дерева модель своего пениса, в соответствии с размером которой делается отверстие между прилежащими нимфами; когда женщина беременеет, разрез еще больше увеличивают. В королевстве Дарфур большие половые губы, а также нимфы освежают и сшивают вместе. В стране берберов *Верн* познакомился с молодой вдовой, муж которой не менее семи раз подвергал ее операции инфibuляции. *Плоссо* описывает другой, несколько менее жестокий метод инфibuляции, который практикуется многими восточными расами; кольцо закрепляется на половых губах таким образом, чтобы защитить вход во влагалище. В Европе в средние века, как говорят, такой и подобные приспособления (“пояса целомудрия”) использовались для защиты чести отсутствующего мужа.

Из гинекологов, которые рекомендовали оперативные меры по предотвращению беременности у женщин, у которых это состояние представляло серьезную опасность, первым, насколько я знаю, был *Бланделл*. В результате экспериментов, проведенных на кроликах, он предложил разделение фаллопиевых труб как наилучший способ достижения этой цели. Позже *Фрориел* и *Кокс* также пытались вызвать искусственное бесплодие у женщин путем закупорки фаллопиевых труб. *Идея* Фрориела заключалась в том, чтобы вызвать облитерацию просвета труб посредством прижигания нитратом серебра; *Кокс* сконструировал для той же цели гальвано-каустический звук матки. Но, во-первых, оба предлагаемых метода слишком ненадежны, чтобы на них можно было положиться; и, во-вторых, их применение не является ни легким, ни лишенным серьезного риска.

Гораздо более эффективным, однако, является метод, рекомендованный *Керером* для стерилизации женщин, а именно разделение фаллопиевых труб вагинальным путем. *Керер* считает, что врач вправе предотвращать наступление беременности при ряде

патологических состояний — неизлечимых заболеваниях нервной системы, сердца, легких, желудка и почек; различных конституциональных заболеваниях; и, наконец, в случаях деформации таза такой степени, что рождение живого ребенка невозможно иначе, как с помощью кесарева сечения, но пациентка не желает подвергаться риску, связанному с этой операцией. Более того, он считает, что все методы, обычно рекомендуемые для предотвращения беременности, ненадежны. Однако сексуальное влечение настолько сильно, что, как показывает опыт, простое запрещение полового акта, каким бы серьезным оно ни было, неизменно оказывается неэффективным. Чтобы прерывание полового акта было эффективным, прерывание должно произойти в нужный момент; а это происходит не всегда. Обливания холодной водой после коитуса негигиеничны; обливания теплой водой, обработанной сублиматом, алкоголем и другими смертельными для сперматозоидов препаратами, действительно разумны, но часто не дают эффекта либо потому, что их откладывают слишком поздно, либо потому, что они не орошают все участки влагалища. Тампоны из ваты, губок и т.д. Не всегда вводятся таким образом, чтобы эффективно закупоривать влагалищный проход. Подходящий и правильно введенный окклюзионный пессарий действительно является относительно надежным профилактическим устройством, но при постоянном ношении он может сильно загрязниться. Тщательное спринцевание половых путей раствором антисептика, выполненное опытной рукой сразу после коитуса, несомненно, уничтожило бы сперматозоиды с такой же уверенностью, с какой та же процедура уничтожает микроорганизмы, выполняемая перед гинекологической операцией, — но когда ее выполняет непрофессионал, ценность метода более чем сомнительна. Операция по экстирпации маточной оболочки, которая в то время была действительно модной, безусловно, приводит к бесплодию, но влечет за собой серьезный недостаток, заключающийся в том, что последующая преждевременная менопауза сопровождается теми же нарушениями, что и естественное изменение образа жизни. С другой стороны, Керер считает, что сечение и перевязка фаллопиевых труб вызывает бесплодие без какого-либо другого нарушения функций женских репродуктивных органов. С помощью передней кольпотомии мы получаем подходящий маршрут для лигатуры и рассечения обеих труб в области перешейка. При выполнении с соблюдением надлежащих мер предосторожности операция почти полностью безопасна; и когда органы здоровы, происходит закрытие как верхнего, так и нижнего сегментов трубок, и в результате операции не нужно опасаться задержки выделений.

Что касается показаний к выполнению этой операции, Керер настаивает на том, что ее следует проводить только в случаях серьезного заболевания и после тщательного взвешивания всех "за" и "против". Также необходима консультация. Более того, важно, чтобы муж и жена оба полностью понимали природу предлагаемой операции и составили непредвзятое суждение относительно ее целесообразности. Чтобы избежать любой возможности последующих упреков, Керер рекомендует составить письменный отчет с указанием причин проведения стерилизации, который должен быть подписан консультирующимися врачами, самой пациенткой и ее мужем.

Арндт считает, что в случаях, когда уже имеется серьезное конституциональное заболевание, выполнение этой операции может привести к лихорадке, сильному кровотечению, повреждению соседних органов и даже смерти. Поэтому он считает, что в таких случаях врач должен рекомендовать использование некоторых из более обычных методов предотвращения зачатия (если простое воздержание от полового акта невозможно практиковать). Оперативная стерилизация по методу Керера *оправдана только у женщин со спазмом тазавторой или третьей степени, у которых предыдущие дети были рождены мертвыми или подвергались трепанации черепа.* Но вместо передней кольпотомии,

рекомендованной Керером, он предпочитает продольный разрез в заднем своде влагалища, рекомендованный Буале. Если матка сильно опущена, а влагалищный проход затем выдвинут вперед, к лобковому симфизу, то легко, по крайней мере с помощью небольшого давления брюшной полости, втянуть часть фаллопиевых труб во влагалищный разрез.

Недавно Пинкус рекомендовал прижигание полости матки перегретым паром (*atmocausis*, *кастрация матки*). Он советует применять его только неизлечимо больным женщинам (туберкулез, светлокровие, гомофилия), так как беременность и роды влекут за собой почти неминуемую смерть.

Коссманн считает, что, когда беременность и роды ставят под угрозу здоровье и жизнь женщины, долг врача - ознакомить с этим фактом и мужа, и жену; но, сделав это, он полностью выполняет свой долг. "Если после предупреждения супружеская пара решит вступить в половую связь, они сознательно и добровольно подвергнутся опасности, и за это врач никоим образом не несет ответственности".

В качестве показаний к факультативному бесплодию Леви называет туберкулезное заболевание легких, психические расстройства, тяжелые органические или функциональные заболевания центральной нервной системы, активный сифилис (при определенных обстоятельствах), злокачественную анемию, гомофилию, сахарный диабет, тяжелые заболевания сердца, хронические заболевания почек или печени, определенные деформации таза и склонность к привычным абортam.

Я сам ранее высказывал свое мнение о том, что долг врача в случае, если замужняя женщина страдает сердечным заболеванием, с должным учетом опасности, которую повлечет за собой для нее беременность, дать необходимый совет в вопросе предотвращения зачатия. Женщинам, страдающим пороком клапанов сердца и у которых имеются серьезные нарушения компенсации, категорически следует избегать зачатия; также в условиях выраженной сердечной дегенерации и при наличии отчетливых симптомов недостаточности сердечной мышцы. Когда при незначительном напряжении возникает сердцебиение, учащенный пульс и потребность в дыхании ("воздушная жажда"); когда возникает обширный отек нижних конечностей, который сохраняется даже после приковывания к постели; когда пульс быстро становится аритмичным как в отношении силы, так и временной последовательности ударов; когда моча скудная и содержит различное количество белка; когда возникают частые приступы сердечной слабости с небольшим нерегулярным пульсом, похолоданием конечностей, цианотическим оттенком лица, тошнота, одышка, чувство слабости или настоящий обморок - во всех подобных случаях, независимо от того, зависит ли это от заболевания клапанов, патологических изменений в артериях или от заболевания миокарда, наступление беременности является настоящей катастрофой, приводящей в большинстве случаев к серьезному обострению сердечных заболеваний и достаточно часто стоящей пациентке жизни. Я также рассматриваю как здравую медицинскую аксиому то, что в случаях сердечных заболеваний менее тяжелого типа, чем только что описанное, у женщины, пострадавшей таким образом, не должно быть более одного или двух детей. Это тем более необходимо, что с каждой последующей беременностью функциональные возможности больного сердца уменьшаются в геометрической прогрессии и пропорционально возрастает опасность для жизни. Но в таких случаях сердечных заболеваний предотвращение беременности никогда не должно осуществляться путем прерывания полового акта мужчиной до эякуляции, по той причине, что эта процедура вызывает различные рефлекторные сердечные расстройства, и особенно пароксизмы тахикардии, с одновременным снижением сосудистого тонуса, вазомоторными

нарушениями и состояниями психической депрессии, а это влечет за собой исключительную опасность для женщин, страдающих сердечными заболеваниями.

Определение пола.

Проблема определения пола у человеческого вида занимала натурфилософов с самых ранних времен и всегда сильно интересовала все классы населения.

Интерес, пробуждаемый этим предметом, зависит главным образом от того факта, что дети женского пола обычно были менее желанны, чем мужчины, во все периоды истории и почти у всех рас. В высших кругах общества истинность этого утверждения подтверждается тем фактом, что о рождении принца объявляют салютом из 101 орудия, а о рождении принцессы - только салютом из 35 орудий.

Было бы бесполезно излагать здесь мнения или, скорее, догадки, которые высказывались по этой теме в прежние времена, когда сама природа репродуктивного процесса была еще совершенно неизвестна, и мы просто упомянем, что любознательные найдут различные ссылки на определение пола в работах *Гиппократа, Аристотеля, Плутарха, Сорана, Шушруты и Галена*.

Вообще говоря, можно сказать, что более ранние теории расходятся в двух основных направлениях: одни утверждают, что пол младенца каким-то образом определяется способом смешения мужского и женского элементов в акте зачатия, а другие утверждают, что пол уже был неизменно предопределен во время полового акта либо у мужского, либо у женского половых элементов.

Наравне с современным развитием теории эволюции и огромным увеличением анатомических и физиологических знаний в последние дни теория определения пола получила очень широкое распространение. Конкурирующие мнения можно кратко разделить на четыре следующие категории:

I. Что пол уже безвозвратно предопределен в яйцеклетке, от строения которой он исключительно зависит; следовательно, существуют мужские и женские яйцеклетки, и процесс оплодотворения не оказывает никакого влияния на определение пола. Альтернативная вышеизложенной теории о том, что пол определяется исключительно строением оплодотворяющего сперматозоида — *т.е.*, что сперматозоиды, а не яйцеклетки, являются мужскими и женскими, соответственно, — в последние годы имеет тенденцию все больше и больше исчезать из поля зрения.

II. Что пол определяется в момент оплодотворения взаимным взаимодействием самца и самки, зоосперма и яйцеклетки. Один из вариантов этой теории утверждает, что каждый репродуктивный элемент стремится к воспроизводству своего собственного пола; что имеет место борьба и что победитель в состязании накладывает свой отпечаток пола на оплодотворенный продукт. Однако, согласно другой точке зрения, секс не передается напрямую таким образом; предполагается, что чем мощнее надлежащий репродуктивный элемент (согласно этой теории, яйцеклетка), тем сильнее он стремится определять размножение более сильного, *то есть* мужского организма; таким образом, большая потенция женского элемента в акте размножения способствует определению мужского пола.

III. Этот пол определяется только после оплодотворения, на ранних стадиях развития эмбриона; предполагается, что определяющими причинами являются различные факторы, способные влиять на развивающийся организм в этот период, и, в частности, условия питания матери.

IV. Что определение пола не зависит исключительно от действия какого-либо одного из перечисленных выше факторов, но возникает как результирующий эффект воздействия на зародыш всех трех из них, действующих во временной последовательности.

Современная физиология попыталась решить эту проблему с помощью статистических исследований, анатомических демонстраций и, наконец, эксперимента.

I. Статистические исследования.

Были собраны статистические данные, показывающие соотношение между рождаемостью мужчин и женщин в самых разнообразных возможных условиях, и на основе этих данных была предпринята попытка сделать обоснованные выводы относительно причин определения пола. Теперь, во-первых, прежде всего необходимо иметь в виду, что такие статистические данные вряд ли могут иметь какую-либо ценность, если только они не относятся к очень многочисленным случаям, и даже тогда они могут быть признаны недействительными из-за различных источников ошибочности. Мы можем с пользой процитировать в этой связи замечания Хенсена в его работе “Физиология размножения”: “Каждый отдельный случай становится уникальным в своем роде благодаря взаимодействию определенных несоизмеримых элементов; например, состояние здоровья отдельных органов в их бесчисленных сочетаниях, различия в общем состоянии здоровья родителей, частота половых актов и время, в которое они происходили, желание родителей иметь сына, а затем не иметь больше детей, их социальное положение — все это вносит бесчисленные осложнения в проблему, и трудность проведения анализа приводит к тому, что каждый отдельный случай становится уникальным в своем роде. обоснованные выводы становятся почти непреодолимыми, если только количество рассмотренных примеров не чрезвычайно велико”.

Один определенно установленный факт заключается в том, что мальчиков рождается больше, чем девочек, причем соотношение между ними, известное как соотношение полов, составляет 106:100. Статистические данные, относящиеся к половине Европы (*Эстерлен*) и касающиеся 59 350 000 рождений, показали соотношение 106,3 рождений мужчин на 100 рождений женщин; в отдельных странах наблюдаются отклонения от этого среднего значения, но они не очень обширны, самое высокое соотношение составляет 107,2:100, а самое низкое - 105,2:100.

Из работ *Хофакера* (“Ueber die Eigenschaften welche sich bei Menschen und Tieren von den Eltern auf die Nachkommen vererben” — О качествах, передаваемых от родителей потомству у людей и животных — Тюбинген, 1828) и *Садлера* (“Закон народонаселения”, Лондон, 1830) были сделаны выводы относительно влияния изменения соотношения возрастов родителей на определение пола. Вычеты на вопрос известна как *помощью lawana* и *Садлера* закона, являются:

1. Если муж старше жены, рождается больше мальчиков, чем девочек.
2. Если муж и жена одного возраста, мальчиков рождается несколько меньше, чем девочек.
3. Если жена старше мужа, то число рождений женского пола еще больше.

Фактические цифры, приведенные Хофакером, были следующими:

Отец моложе матери	на 90,1 мальчиков приходится 100 девочек.
Отец того же возраста, что и мать	На 100 девочек приходится 93,3 мальчика.

Отец на 4-6 лет старше матери	108,8 мальчиков на 100 девочек.
Отец старше матери на 6-9 лет	124,7 мальчиков на 100 девочек.
Отец на 9-12 лет старше матери	143,7 мальчиков на 100 девочек.

Результаты Сэдлера были очень похожими:

Отец моложе матери	86 мальчиков на 100 девочек.
Отец того же возраста, что и мать	94 мальчика на 100 девочек.
Отец старше матери на 1-6 лет	103 мальчика на 100 девочек.
Отец старше матери на 6-11 лет	126 мальчиков на 100 девочек.
Отец на 11-16 лет старше матери	147 мальчиков на 100 девочек.
Отец на 16 лет и более старше матери	163 мальчика на 100 девочек.

Гелерт обнаружил, что потомками от браков, в которых муж был моложе жены, были 71 мальчик и 86 девочек; от браков, в которых муж и жена были одного возраста, - 263 мальчика и 282 девочки; и от браков, в которых муж был старше жены, - 2 017 мальчиков и 1 865 девочек.

Ваппеус, объединив данные, предоставленные этими тремя исследователями, *Хофакером*, *Садлером* и *Гелертом*, получил следующие соотношения полов для всех 8000 случаев (т.е. Количество рожденных мальчиков на каждые 100 рожденных девочек): когда муж был моложе жены - 88,2; когда муж и жена были одного возраста - 93,5; когда муж был старше жены - 113,0.

Можно заметить, что среднее соотношение полов в этих 8000 случаях составляет 109,6; в то время как, как мы видели выше, когда берется достаточно большое количество примеров, соотношение полов всегда близко приближается к 106,3. Из этого следует, что цифры, с которыми имели дело *Хофакер*, *Сэдлер* и *Гелерт* в своих исследованиях, были слишком малы для вывода заслуживающих доверия средних значений.

Та же критика применима к наблюдениям *Ольфельда*, *Бреслау* и *Нуаро*, результаты которых противоречат только что приведенным. Согласно *Ольфельду*, в случае 1376 родов, когда отец был по крайней мере на 10 лет старше матери, соотношение полов составило всего 98,2. Согласно *данным* Нуаро, в случаях, когда отец был старше матери, это соотношение составляло 99,7.

Эстерлен приводит следующее краткое изложение исследований, проведенных для установления и подтверждения закона *Хофакера* и *Садлера*:

Автор.	Отец старше матери.	Отец и мать одного возраста.	Мать старше отца.	Соотношение полов.	Количество случаев.
Помощью Lawana	117.8	92.0	90.6	107.5	1,996
Сэдлер	121.4	94.8	86.5	114.7	2,008
Goehlert	108.2	93.3	82.6	105.3	4,584
Noirot	99.7		116.0	103.5	4,000
Мощностью Legoyt (Кале)	109.9	107.9	101.6	107.9	6,006

Legoyt (Париж)	104.4	102.1	97.5	102.9	52,311
Бреслау	103.9	103.1	117.6	106.6	8,084

Закон *Хофакера* и *Садлера* нельзя рассматривать как обладающий универсальной действительностью, хотя цифры, на которых он основан, кажется, довольно ясно показывают, что мы вправе считать взаимное взаимодействие мужских и женских репродуктивных элементов в момент оплодотворения эффективным при определении пола. В исследованиях, на которые мы до сих пор ссылались, принимались во внимание только относительные возрасты мужа и жены; но другие исследования показали, что абсолютный возраст как мужа, так и жены оказывает влияние на определение пола.

Влияние абсолютного возраста матери на определение пола было очень четко установлено. *Ольфельд* был первым, кто обратил внимание на тот факт, что среди детей пожилых первородящих всегда можно было найти избыток мальчиков, и что этот избыток увеличивался пропорционально большему возрасту матери. Среди 102 детей, родившихся у первородящих старше 32 лет, соотношение полов составило 137:100; а более позднее исследование, проведенное тем же автором совместно с *Шраммом*, показало, что среди 1038 детей, родившихся у первородящих старше 28 лет, соотношение полов составило 124:100.

Хекер получил аналогичные результаты. Среди 432 детей, рожденных первородящими старше тридцати лет, соотношение полов составило 133:100. *Винкель*, работая с первородящими того же возраста, обнаружил соотношение полов 136,8:100.

Дюсинг, изучив записи родильных домов Лейпцига, Дрездена и Йены и, таким образом, получив очень большое количество примеров, на которых основывались его выводы, подтвердил мнение, что пожилые первородящие рожают больше мальчиков, и, кроме того, чем они старше, тем больше рождается мальчиков. Он составил следующую таблицу:

Эпоха первородств а.	Лейпциг. Мальчики. Девушки.	Дрезден. Мальчики. Девочки.	Йена. Мальчики. Девушки.	Всего Мальчиков. Девушки.	Половое соотношение .
15	1 : –	1 : 2	1 : –	3 : 2	549 : 494
16	4 : 4	6 : 10	2 : 2	12 : 16	= 111.1
17	23 : 13	20 : 15	9 : 7	52 : 35	
18	67 : 55	103 : 100	17 : 13	187 : 168	
19	110 : 103	152 : 141	33 : 29	295 : 273	
20	148 : 147	187 : 185	32 : 45	367 : 377	807 : 781
21	157 : 145	241 : 201	42 : 57	440 : 404	= 103.3
22	120 : 133	191 : 207	48 : 53	359 : 393	903 : 962
23	106 : 108	168 : 149	51 : 51	325 : 308	= 93.9
24	71 : 105	111 : 118	37 : 38	219 : 261	
25	79 : 57	73 : 72	35 : 27	187 : 156	531 : 469
26	45 : 35	30 : 43	20 : 20	125 : 98	= 113.2
27	31 : 35	52 : 55	10 : 12	93 : 102	
28	32 : 33	26 : 33	19 : 16	77 : 72	

29	19 : 10	26 : 18	4 : 13	49 : 41	
30	9 : 15	30 : 13	9 : 6	48 : 34	155 : 104
31	3 : 8	15 : 11	3 : 3	21 : 22	= 150.0
32	5 : 6	12 : 9	7 : 3	24 : 18	
33	2 : 2	5 : 5	5 : 2	12 : 9	
34	4 : -	8 : 5	2 : -	14 : 5	
35	2 : -	9 : 3	2 : 1	13 : 4	
36	1 : -	3 : 3	1 : 1	5 : 4	
37	4 : 1	4 : 3	1 : -	9 : 4	
38	- : -	- : 1	1 : -	1 : 1	
39	- : -	4 : -	1 : -	5 : -	
40	1 : 1	2 : 1	1 : -	4 : 2	
41	- : -	- : 1	- : -	- : 1	

В качестве объяснения этого статистически доказанного факта, что пожилые первородящие рожали большое количество мальчиков, *Дюсинг* предполагает, что эти женщины, которые забеременели впервые сравнительно поздно в жизни, до зачатия находятся в состоянии, соответствующем состоянию низших видов животных, страдающих от недостатка самцов, и по этой причине проявляют тенденцию производить на свет большее количество особей неполноценного пола. При многоплодии также можно проследить влияние дефицита особей мужского пола. При таком дефиците интервал между последовательными рожденьями чрезмерно затягивается. *Дюсинг* обнаружил (еще раз из записей стационаров Дрездена, Лейпцига и Йены), что чем больше интервал между одними родами и следующими, чем дольше матери приходилось ждать следующего зачатия, тем больше рождается мужчин. *Дюсинг* поэтому устанавливает закон: “Задержка оплодотворения приводит к избытку рожденьев мужского пола”.

Эпоха первородств а.	Лейпциг. Мальчики. Девушки.	Дрезден. Мальчики. Девочки.	Йена. Мальчики. Девушки.	Всего Мальчиков. Девушки.	Соотношени е полов.
1	162 : 158	194 : 178	58 : 45	414 : 381	108,6
2	366 : 307	374 : 361	168 : 145	908 : 813	111,6
3	198 : 196	207 : 194	116 : 94	521 : 484	107,7
4	127 : 109	132 : 106	59 : 45	318 : 260	115,7
5	59 : 54	55 : 54	38 : 38	152 : 146	
6	61 : 62	52 : 49	49 : 24	162 : 135	121,9
8, 9 и 10	18 : 16	41 : 23	16 : 24	75 : 63	
11 и более	5 : 15	12 : 9	4 : 6	41 : 30	

Всего: 4 903 рождения, 2 591 м. п.; 2,312 ф.; соотношение полов = 112,06.

Участник торгов считает, что его собственные наблюдения дают ему право изменить *изречение* Ольфельда относительно влияния возраста первородящих на рождаемость мужского пола. Он сводит свои результаты в таблицу следующим образом:

Возраст матери. Количество случаев. Половое соотношение.

С 17 по 20	80	122.2
20 до 22	405	130.1
22 по 24	369	109.9
24 по 26	1,138	104.6
26 до 30	2,049	105.5
30 до 32	878	112.5
32 до 36	1,120	119.6
36 до 39	676	123.1
40 и выше	215	131.5

и формулирует следующий тезис: у очень молодых первородящих рождается избыток мальчиков; у первородящих в период первого расцвета женственности рождается избыток девочек; однако позже, по мере увеличения возраста первородящих, избыток рождений мужского пола вскоре появляется снова и быстро увеличивается.

Данные Хофакера и исследования *Хампе* согласуются с данными *Биддера*, показывая, что у очень молодых первородящих, а также у пожилых первородящих рождается избыток мальчиков. Среди потомства 363 матерей в возрасте от 16 до 26 лет *Хофакер* обнаружил, что соотношение полов составило 121; среди потомства 1056 матерей в возрасте от 26 до 36 лет соотношение составило 101; а среди потомства 567 матерей в возрасте от 36 до 46 лет соотношение составило 111. *Натре* составила следующую таблицу из 5992 случаев:

Возраст матери.	Количество случаев.	Соотношение полов.
Моложе 20 лет	56	107,7
от 20 до 25 лет	871	90,6
от 25 до 30 лет	1,633	114,9
от 30 до 35 лет	1,631	108,3
от 35 до 40 лет	1,185	117,1
Старше 40 лет	616	124,0

Таким образом, мы узнаем, что если возраст прародителей следует рассматривать как одну из причин определения пола, мы должны принимать во внимание не только относительный возраст мужа и жены, но, вдобавок, абсолютный возраст жены.

Гелерт провела статистическое исследование, в ходе которого учитывался абсолютный возраст мужа, а также возраст жены. Из этого следовало, что максимальное соотношение полов наблюдалось, когда отец был в возрасте от 30 до 35 лет. Когда возраст матери рассматривается как определяющее влияние, мы находим максимальное соотношение полов у потомства матерей в возрасте от 25 до 30 лет. *Гелерт* считает, однако, что влияние отца на определение пола более сильное, чем материнское. Соответствующие влияния сравниваются в следующей таблице:

Возраст отца.	Возраст матери.			Итоги.
	от 20 до 30 лет.	От 30 до 40 лет.	Более 40 лет.	
от 25 до 35 лет	105,76	107,87	109,14	106,6
от 35 до 45 лет	102,8	105,1	105,3	104,7

Старше 45 лет		104,3	103,9	109,1
В целом	105,25	105,97	104,9	105,5

Гейслер, изучая полученные данные о соотношении полов за 10-летний период в Королевстве Саксония, установил, что в семьях, имеющих двух и более детей, существует вполне определенное распределение возможных сочетаний полов. Там, где было четное количество детей, большинство составляли семьи, в которых количество мальчиков и девочек было одинаковым. Если количество детей в семье неодинаково, наиболее частыми являются те комбинации, в которых количество мальчиков превышает количество девочек на единицу; следующими по частоте являются комбинации, обратные этому, *т.е.*, в которых количество девочек превышает количество мальчиков на единицу. Все остальные комбинации сравнительно редки по мере того, как разница в количестве мальчиков и девочек больше. Самыми редкими из всех являются семьи, в которых все дети одного пола; и среди них, опять же, самыми необычными являются семьи, состоящие только из мальчиков.

Такое распределение половых сочетаний, по мнению *Гейслера*, зависит от того факта, что при первых родах и всех последующих рожденьях, вообще говоря, имеется небольшое преимущество в пользу мужского пола. Не было доказано, что пол первенца оказывает определяющее влияние на пол последующих детей. Однако представляется очевидным, что в случае с родителями, которые родили подряд нескольких детей только одного пола, существует некоторое определенное препятствие для продолжения рода детей противоположного пола. Если не принимать во внимание эти исключения, то, по-видимому, в более поздних рожденьях серии существует тенденция к продолжению рода, особенно того пола, который отсутствовал или был недостаточен в более ранних рожденьях серии. Сила этой уравнивающей тенденции возрастает, как только она впервые проявляется. Оно всегда больше, когда при более ранних рожденьях в этой серии половой дефект был мужского пола.

Я сам предпринял статистическое исследование рождаемости, происходящей в царствующих семьях Европы и в семьях ведущих представителей аристократии. Необходимые подробности должны быть получены из придворных календарей генеалогии; и я полагаю, что данные, полученные относительно этих высших слоев общества, сравнительно свободны от многих источников ошибок, из-за которых обычная статистика по данному вопросу может оказаться недействительной. В 556 браках родилось 1972 ребенка, в том числе 1023 мальчика и 949 девочек, и, таким образом, соотношение полов составило 107,7.

В зависимости от относительного возраста родителей была составлена следующая таблица:

	Мальчики.	Девушки.	Половое соотношение.
Муж старше жены на один- пять лет	294	283	103,8
Муж старше жены более чем на пять и менее чем на десять лет	327	306	106,8
Муж старше жены более чем на десять и менее чем на пятнадцать лет	190	167	113,7
Муж старше жены более чем на пятнадцать лет	138	113	122,1
Муж того же возраста, что и жена	34	42	80,9

Из этих цифр мы можем сделать следующие выводы, которые не полностью согласуются с законом *Хофакера* и *Сэдлера*: когда муж старше жены, превышение числа рождений мужского пола среди потомства больше, чем в случае среднего показателя, полученного по потомству от всех браков (в моих случаях разница составила 111,8 по сравнению с 107,7). Но более тщательный анализ показывает, что разница менее проста, чем кажется на первый взгляд. Если муж старше жены на один-пять лет, превышение числа рождений мужского пола среди их потомства (103,8) меньше, чем в среднем по всем бракам (107,7); то же самое верно и для потомства от браков, в которых муж старше жены более чем на пять и менее чем на десять лет, хотя разница здесь очень незначительна (106,8 по сравнению с 107,7). Только когда мы переходим к потомству от браков, в которых муж на десять-пятнадцать лет старше жены, становится заметным увеличение числа рождений мужского пола (113,7 по сравнению с 107,7); а когда муж старше жены более чем на пятнадцать лет, число рождений мужского пола становится еще выше (122,1).

Если мы расположим эти данные так, чтобы показать, в случаях, когда муж старше жены, дополнительное влияние абсолютного возраста жены, мы получим результаты, которые частично противоречат результатам *Участника торгов*, а именно:

Муж старше жены.	Мальчики.	Девушки.	Половое соотношение.
Возраст жены от 15 до 20 лет	280	287	97,6
Возраст жены от 20 до 26 лет	595	513	116,0
Возраст жены от 26 до 33 лет	74	69	110,1

Таким образом, мы видим, что когда жена очень молода, то есть моложе двадцати лет, даже при том, что муж старше жены, среди их потомства нет избытка рождений мужского пола, а наоборот — соотношение полов составляет всего 97,6. Наиболее заметным является избыток мальчиков в тех случаях, когда муж старше жены, а возраст жены составляет от двадцати до двадцати пяти лет. Когда муж старше жены, а возраст жены составляет от двадцати пяти до тридцати двух лет, избыток рождаемости мужского пола не так велик, хотя все еще значителен.

Следовательно, представляется, что закон *Хофакера* и *Сэдлера*, который не может рассматриваться как полностью действующий в терминах, в которых он был первоначально выражен, должен быть изменен следующим образом: если муж по крайней мере на 10 лет старше жены, а последняя находится в возрасте, когда ее репродуктивная способность максимальна (от двадцати до двадцати пяти лет), в потомстве наблюдается заметное превышение числа рождений мужского пола. По-прежнему наблюдается значительное превышение числа рождений мужского пола в потомстве от браков, в которых муж по крайней мере на десять лет старше жены, а жене более двадцати пяти лет. С другой стороны, мальчиков рождается меньше, чем девочек, в результате браков, в которых, хотя муж старше жены, жена еще не достигла возраста максимальной репродуктивной способности — *то есть* моложе двадцати лет. Превышение числа рождений среди женщин наиболее заметно, когда муж и жена одного возраста. Когда жена старше мужа, наблюдается умеренное превышение числа рождений среди мужчин.

Я признаю, однако, что цифр, на которых я основал эти выводы, как и у *Хофакера*, слишком мало для обоснования достоверных выводов. Примеров в моих вычислениях насчитывается

1972; в вычислениях Хофакера- 1966; но, как я уже отмечал, есть основания полагать, что данные, которые я использовал, допускают меньшее количество источников ошибок.

Поскольку влияние абсолютного возраста матери на определение пола было статистически доказано, многие пришли к выводу, что это определение осуществляется не в момент оплодотворения, а происходит на более поздней стадии внутриутробной жизни и зависит от способа питания эмбриона материнским организмом. Предполагается, что пожилые и незрелые матери не в состоянии обеспечить эмбрион питанием так же хорошо, как те матери, которые находятся в возрасте максимальной репродуктивной способности, и что от этого факта зависит избыток рождений мужского пола в последнем случае. (Мы вернемся к этому вопросу — влиянию недостаточного питания в связи с избытком рождаемости мужского пола). Но доказательство того факта, что абсолютный возраст отца также оказывает влияние на определение пола потомства, дает основание для возражения против этого предположения, что пол эмбриона определяется во время внутриутробной жизни после оплодотворения, и предполагает, что отец также оказывает определяющее влияние на возникновение пола во время акта оплодотворения.

Абсолютный возраст мужа, по-видимому, также оказывает некоторое влияние на соотношение полов. Абсолютный возраст, как и относительный возраст отца, представляется благоприятным для рождения большего числа мальчиков. Так, Хофакер обнаружил, что в 1193 случаях, когда возраст отца составлял от двадцати четырех до тридцати шести лет, соотношение полов составляло 100; в 683 случаях, когда возраст отца составлял от тридцати шести до сорока восьми лет, соотношение полов составляло 114; и в 105 случаях, когда возраст отца составлял от сорока восьми до шестидесяти лет, соотношение полов составляло 169.

В исследованиях, основанных на более обширных коллекциях случаев, Шуман и Дюсинг попытались определить различия в соотношении полов в зависимости от абсолютного возраста отца.

Дюсинг изучил статистику рождаемости в Норвегии, Эльзас-Лотарингии и Берлине и на основе полученных таким образом данных составил следующую таблицу:

Возраст матери.	от 30 до 35 лет.			от 25 до 30 лет.			от 20 до 25 лет.		
	Мальчики.	Девушки.	Половое соотношение.	Мальчики.	Девушки.	Половое соотношение.	Мальчики.	Девушки.	Соотношение полов.
от 15 до 30 лет	8,525	7,887	108,1	27,389	25,843	106,0	21,560	20,330	106,0
от 30 до 35 лет	23,283	21,823	106,9	23,394	23,486	103,9	7,954	7,469	106,5
от 35 до 40 лет	17,885	17 070	104,7	10,272	9,838	104,2	2,426	2,416	100,4
от 40	7,972	7,681	103,8	3,165	3,058	103,5	1,154	1,100	105,0

до 45

лет

Стар	4,220	3,997	105,6	1,734	1,525	113,8
------	-------	-------	-------	-------	-------	-------

ше

45

лет

В этой таблице мы находим роды, упорядоченные по отношению к различному возрасту отцов и по отношению к матерям, возраст которых разделен на три категории, причем возраст последних - это возраст, в котором они наиболее плодовиты. Из таблицы ясно видно, что избыток мальчиков больше в начале и в конце каждой колонки. Таким образом, при неизменном возрасте матери у молодых и пожилых отцов рождается большая доля мальчиков, чем у отцов среднего возраста.

Но я нахожу в этой таблице, основанной на действительно очень большом количестве примеров, подтверждение тезиса, который я изложил выше, поскольку самое высокое соотношение полов (113,8) в этой таблице наблюдается у отцов старше сорока пяти лет, которые женаты на матерях в возрасте от двадцати пяти до тридцати лет; это, как я уже сказал, случай, когда "муж по крайней мере на десять лет старше жены, и последняя находится в возрасте, когда ее репродуктивная способность достигает максимума".

Из подобных цифр, которые, по-видимому, демонстрируют влияние абсолютного возраста отца на определение пола, многими был сделан вывод, что мужчина оказывает преобладающее влияние на определение пола эмбриона, навязывая ему свой собственный пол, и что чем выше сексуальная потенция зачинщика, тем сильнее также влияние, оказываемое последним; что первостепенное значение в этой связи имеют сексуальные способности мужчины; и что избыток рождений мужского пола увеличивается *пропорционально* с увеличением числа детей мужского пола. потенция деторождающего мужчины.

Были приведены два дополнительных соображения, демонстрирующих влияние отца на определение пола потомства. Первый из них представляет собой сравнение соотношения рождаемости мужского и женского пола в городах и сельских округах соответственно; а второй - сравнение соотношения мужского и женского пола в потомстве состоящих в браке и неженатых родителей соответственно.

В городах превышение числа рождений мужского пола меньше, чем в сельской местности. Среднее соотношение полов в Пруссии за пятилетний период, с 1875 по 1880 год, приводится *Дюзингом* следующим образом:

В Берлине	105,70
В других крупных городах	105,72
В городах среднего размера	105,44
В малых городах	106,17
В сельских округах	106,62

Неоспоримый факт, что в городах рождается больше девочек, чем в сельской местности, связан с тем фактом, что в деревне муж обычно вступает в брак совершенно не ослабленным, тогда как в городах многие мужчины женятся только после того, как в течение многих лет растрачивали свои лучшие силы в нерегулярных половых сношениях, и, таким образом, оставляют своим женам только отбросы. Но, как мы сейчас покажем, разница между городом и деревней в этом отношении может быть истолкована по-разному.

Также утверждалось (*Хорн*), что внебрачный половой акт благоприятен для зачатия мальчиков, при этом предполагается, что большая сексуальная энергия в первом случае определяет преобладание мужчин в потомстве; но это предположение опровергается накапливающимися в настоящее время статистическими данными о том, что среди незаконнорожденных отпрысков мальчиков меньше, чем среди законных отпрысков. *Бэббидж*, например, пришел к такому выводу в результате сравнения 1 000 000 незаконных рождений с 14 000 000 законных рождений. С другой стороны, следующее высказывание *Плосса* кажется крайне искусственным: “В стране, в которой незаконнорожденных детей очень много, в которой незаконнорожденные дети по большей части рождаются от ослабленных развратников, избыток рождений мужского пола меньше; но в стране, в которой незаконнорожденных детей меньше, и в которой незаконнорожденные младенцы по большей части являются плодом любви и зачаты юными любовниками, избыток потомства мужского пола больше”.

Статистические исследования показывают, что наряду с возрастом прародителей важное влияние на определение пола оказывает состояние их питания. Фактически было установлено следующее предположение: там, где запас питательных веществ недостаточен, в потомстве содержится чрезмерная доля мальчиков.

Плосс в статье “Причины различий в соотношении полов”, опубликованной в двенадцатом томе “*Berliner geburtsh. Monatsh.*”, собрал ряд статистических данных, демонстрирующих, что определение пола в основном зависит от состояния питания матери. По его мнению, определение пола эмбриона не зависит ни от качества яйцеклетки, ни от качества сперматозоида, ни, опять же, от взаимного влияния, оказываемого яйцеклеткой и сперматозоидом друг на друга. В самое раннее время после оплодотворения эмбрион сексуально нейтрален, и только позже, в результате какого-то нового воздействия, действующего на него, он получает импульс к формированию либо мужского, либо женского пола. Среди всех внешних условий, способных в этот период оказывать определяющее влияние, наиболее важными являются условия питания, поскольку питание является наиболее важным фактором в определении формы молодого животного, а большинство других внешних условий, таких как свет, тепло и химические изменения, влияют на эмбрион только опосредованным образом, через изменения, которые они, соответственно, способны вызвать в его питании и метаболизме. Но *Плосс* не довольствуется утверждением, что состояние питания матери имеет большое значение для определения пола эмбриона; он идет дальше этого и заявляет, что именно скудное питание матери особенно способствует рождению самцов, тогда как обильное питание матери имеет тенденцию приводить к рождению самок. Он ссылается на наблюдения, сделанные в отношении других животных, помимо человека. *Сент-Илер* заметил, что среди недоедающих животных в зверинцах наблюдается избыток рождений мужского пола. *Хофакер* и *Жиру де Базарсину* отметили аналогичные явления в случае домашних животных; они обнаружили, что при обильном кормлении у них рождается избыток самок, но при плохом питании, напротив, у них рождается избыток самцов. Среди овец, у которых число рождений самцов и самок примерно одинаково, *Мартегут* обнаружил, что те животные, у которых родились ягнята

женского пола, имели в среднем больший вес, чем те овцы, у которых родились ягнята мужского пола. Кроме того, в период лактации первая похудела больше, чем вторая.

Когда *Плосс* далее выяснил, что среди тех, кто занимается торговлей мехом, утвердилось мнение, что из плодородных регионов будут добываться шкуры главным образом самок животных, но, с другой стороны, из бесплодных регионов среди добытых шкур будут преобладать шкуры самцов, ему показалось, что он был прав, делая вывод, что у млекопитающих хорошо питающаяся мать, способная обеспечить обильное питание своему потомству, в целом с большей вероятностью родит самку, чем самца, и наоборот. Затем он попытался, ссылаясь на статистику народонаселения, показать, что и у людей, когда мать исключительно хорошо питается, существует особая вероятность рождения девочки; тогда как когда мать плохо питается, у нее больше шансов родить мальчика — как ни странно, на первый взгляд, что богатая диета должна определять рождение так называемого менее сильного пола, женского; и наоборот. (Однако следует отметить, что *Плосс* отмечает, что новорожденные мужского пола более могущественны, чем женского.) Тот факт, что в сельской местности, сравнительно говоря, рождается гораздо больше мальчиков, чем в городах (см. выше), *Ploss* объясняет тем фактом, что горожанки в целом лучше питаются, чем сельские жительницы, из-за большего потребления первыми мяса.

И снова обстоятельство (аналогично упомянутое выше), что в случае внебрачных рождений почти всегда превышение числа рождений мужского пола менее заметно, чем в случае потомства от законных союзов, рассматривается *Плоссом* как дополнительное доказательство влияния условий питания на определение пола. Незаконнорожденные матери — это в среднем женщины в самом лучшем возрасте для вынашивания ребенка, женщины, которые энергично работали, сами хорошо питаются и, следовательно, лучше способны прокормить свое нерожденное потомство, чем (в среднем) замужние женщины. Кроме того, примечательным фактом является то, что в Саксонии, регионах, высота которых над уровнем моря составляет менее 1000 футов, рождается сравнительно больше девочек, чем в регионах, расположенных на высоте от 1000 до 2000 футов над уровнем моря. Этот аргумент относится к худшему питанию женщин, живущих на большей высоте, поскольку хорошо известен факт, что чем выше мы поднимаемся над морем, тем менее плодородной становится почва и тем меньше ее плодородие.

Исходя из мнения, что низшие классы населения в хорошие годы питаются лучше, чем в плохие, *Плосс* статистически сравнил рост и падение цен на продукты питания в Саксонии с изменениями соотношения полов в том же королевстве; и он обнаружил, в соответствии со своей теорией, что в плохие времена рождалось больше мужчин, чем в периоды, когда продукты питания были дешевле. Более того, потребление мяса, по-видимому, оказывало большее влияние на изменения в соотношении полов, чем потребление растительных продуктов питания. *Плосс* попытался наглядно показать, что росту цен на продукты питания соответствует увеличение числа рождений мужского пола, и наоборот.

То, что после великих войн, эпидемий и эмиграции, во время которых мужская часть населения была истреблена, наблюдается заметный рост избыточного числа рождений мужского пола, *Ploss* объясняет предположением, что из-за нехватки мужской рабочей силы общий запас провизии является недостаточным, точно так же, как это бывает после неурожайных лет; следовательно, из-за скудного питания матерей число рождений женского пола снижается, а число рождений мужского пола увеличивается. Те страны, которые в целом обладают более процветающим населением, такие как Саксония, Англия, Бельгия, Пруссия и т.д., демонстрируют меньший избыток рождаемости мужского пола по сравнению с теми странами, в которых существует более распространенная бедность, такими как

Россия, Ломбардия, Богемия и даже Франция. С ростом благосостояния возрастает плодовитость, а также увеличивается доля рождений женского пола.

Эти взгляды *Плосса*, однако, справедливо оспариваются *Бреслау* и *Ваппеусом*.

Бреслау (“Причины определения пола”) предлагает в первую очередь теоретические возражения против точки зрения, что условия питания матери являются определяющими при определении пола потомства; и затем он продолжает приводить статистические данные, которые противоречат любой подобной теории. Он справедливо настаивает, во-первых, на том, что, поскольку бесспорно, что в акте оплодотворения сперматозоид вызывает в яйцеклетке определенные изменения, эффект которых проявляется в дни гораздо более поздние, чем во время внутриутробной жизни, путем выработки наиболее разнообразного соматического и психического сходства с отцом, очевидно, что этот единичный случай слияния сперматозоида, носителя отцовских влияний, с яйцеклеткой способен вызвать в яйцеклетке молекулярное расположение. от которого, как предполагается, зависит определение пола — нет необходимости предполагать, что для этого определения требуются повторяющиеся действия или длительный период времени.

В этой связи поучительна ссылка на птиц, поскольку при таком разделении животного царства мы, по-видимому, абсолютно вынуждены предположить, что пол потомства безвозвратно определяется в момент оплодотворения. “У птиц, которые откладывают яйцо каждый день, причем все яйца хранятся при одинаковой температуре в течение периода инкубации, и некоторые из них развиваются в петухов, а другие — в куриц - как можно представить, что состояние питания родителей определяет пол потомства, поскольку нельзя разумно предположить, что это состояние питания меняется в какой-либо заметной степени от одного дня к следующему, а затем обратно?”

В *Бреслау* считают, что влияние отца на определение пола, по крайней мере, не менее важно, чем влияние матери. Несомненно, Семен подчиняется определенным вариации по качеству и по количеству, и вполне возможно, что эти изменения могут дать о себе знать в последующем развитии зародыша. Что касается спермы, как и всех выделений, мы можем с некоторой вероятностью предположить, что при определенных условиях (условиях, которые, действительно, мало изучены) она может проявлять большую или меньшую интенсивность своих стимулирующих свойств, и что таким образом она может быть подвержена изменениям, в соответствии с которыми она будет оказывать влияние на развитие эмбриона, то в женском, то в мужском направлении. Опять же, ввиду продолжающегося обмена питательными веществами между эмбрионом и материнским организмом, достаточно вероятно, что строение материнского организма, а также яйцеклетки в момент оплодотворения, не являются безразличными к определению пола. Но приписывать состоянию питания материнского организма единственное или даже главное влияние на определение пола является неоправданным предположением.

Доказательства, приводимые *Плоссом* из “Мира животных” в поддержку его тезиса, а именно, что у плохо питающихся животных наблюдается заметный избыток потомства мужского пола, справедливо оспариваются *Бреслау* замечанием, что наблюдений на животных очень мало, и, кроме того, что мы вообще ничего не знаем о нормальных соотношениях полов среди потомства таких животных, как львы, тигры, гиены, медведи и т.д., в свободном состоянии.

Если, опять же, домашние животные при хорошем питании рожают избыток потомства женского пола, а при плохом питании и переутомлении - избыток потомства мужского пола, то в первом случае мы можем рассматривать избыток деторождения женского пола только

как патологическое явление, поскольку избыточное поступление пищи - это не то, что обеспечивает высшие силы или наиболее подходит для сохранения жизни. Опять же, отчетам торговцев мехом совершенно нельзя доверять, поскольку эти люди обычно получают свой товар из третьих и четвертых рук; более того, большинство животных, шкуры которых служат предметом торговли, являются хищными животными, такими как выдра, рысь, медведь, волк, лисица и т.д. — и у этих животных нет "пастбищ". Среди животных, питающихся растениями, самок, без сомнения, чаще можно встретить на пастбище, чем самцов, по той причине, что самкам приходится прокармливать и себя, и своих детенышей, тогда как самцы, которым приходится обеспечивать только себя, довольствуются меньшим количеством пищи и обитают в основном в более уединенных и менее плодородных районах; они также более пугливы, и их труднее подстрелить и заманить в ловушку. Что касается статистических данных, касающихся влияния питания на рождаемость мальчиков, *Бреслау* показывает на основании данных кантона Цюрих, что, за немногими исключениями, годы, в которые цены на кукурузу были самыми низкими, были годами, в которые рождаемость мальчиков была наибольшей, и *наоборот* — полная противоположность результатам, полученным *Плоссом* в результате его изучения показателей, касающихся рождаемости и цен на провизию в Саксонии.

Ваппеус еще более энергично оспаривает выводы *Плосса* и приводит статистические данные Швеции за 20-летний период с 1770 по 1790 год, в течение которого это королевство неоднократно страдало от голода вследствие неурожая, так что это в значительной степени повлияло на рождаемость и смертность. Оказалось, однако, что более обильное или более скудное питание жителей Швеции в этот период не оказывало заметного влияния на соотношение полов.

Если бы скудное питание матери действительно имело какое-либо влияние на определение пола эмбриона в направлении, предполагаемом *Плоссом*, а именно, чтобы вызвать рождение большего количества мальчиков, это влияние должно было бы проявиться с исключительной ясностью в случае близнецов, поскольку очевидно, что питание, недостаточное для одного эмбриона, было бы еще более скудным для двух. Поэтому были проведены различные статистические исследования для определения соотношения полов в случае рождения близнецов. *Плосс* обнаружил, что в Саксонии в случае 23 420 рождений близнецов соотношение полов составило 106,7 мальчиков на 100 девочек; *Мозер* дает соотношение полов в случае рождения близнецов как 106; *Меккель фон Хемсбах* дает его как 105,4; *Хеккер*, 116 и 122; *Сикель*, 112,3. *Дюсинг* объединил цифры, относящиеся к рождению близнецов в различных стационарах, опубликованные *Хеккер*, *Сикель*, *Байларджер*, *Зибольд*, *Эльзассер* и *Леви*, соответственно, и, таким образом, получили соотношение полов 121,5 мальчиков на 100 девочек. Это превышение числа мальчиков заметно больше, чем среди рождений в целом.

Но имеются и другие статистические данные, которые показывают обратное положение, а именно, что в случае рождения близнецов соотношение полов ниже обычного. Согласно *сборной фон Фриком* коллекции рождений близнецов в Пруссии, соотношение полов составляло 104,7 мальчиков на 100 девочек; тогда как в случае одиночных рождений в той же стране соотношение полов составляло 106,35 на 100. *Рике*, в Вюртемберге, в случае рождения 60 близнецов обнаружили 58 мальчиков и 62 девочки. В случае рождения близнецов, за которым наблюдали *Браун*, *Киари* и *Спет*, всего 94 ребенка, в 64 из них дети были одинакового пола, а именно, в 30 случаях мальчики и в 34 случаях девочки. Согласно *Бреслау*, в случае рождения близнецов в кантоне Цюрих соотношение полов составляло 104,1 к 100; тогда как в случае одиночных родов соотношение полов составляло 106,2 к 100.

Что касается тройняшек, сообщения о соотношении полов варьируются от 111,76:100 (*Меккель фон Хемсбах*) до 104,55 :100 (*Нифи*).

Очевидно, что имеющиеся в настоящее время статистические данные относительно соотношения полов в случае многоплодных родов слишком непостоянны, чтобы на их основе можно было делать какие-либо обоснованные выводы относительно влияния условий питания матери на определение пола потомства. И взятые в целом, имеющиеся к настоящему времени статистические данные не позволяют нам с уверенностью утверждать, что условия питания, и в особенности состояние питания материнского организма, оказывают какое-либо влияние на определение пола потомства.

Другой попыткой использования статистических данных было установить, оказывает ли время оплодотворения какое-либо влияние на определение пола по отношению к менструации (в первые дни после месячных или позже в межменструальном интервале). Отправной точкой в этом исследовании было более раннее представление о том, что пол зависит от состояния яйцеклетки, и вера в то, что очень благоприятное состояние яйцеклетки и сперматозоидов способствует воспроизводству женского пола. Яйцеклетка после выхода из яичника, как и сперматозоид после выхода из яичка, рано или поздно стремится к смерти, и единственное, что может спасти их обоих от этой окончательной участи, - это объединение для формирования нового организма. Какой именно момент в истории отделившейся яйцеклетки является наиболее благоприятным, это вопрос, относительно которого у нас нет точной информации, но вполне вероятно, что в момент ее выхода из разорванного фолликула она находится в зените своей жизненной силы. Согласно этой теории, определение пола зависит от периода, в который яйцеклетка после своего освобождения от фолликула встречается со сперматозоидом; яйцеклетка, оплодотворенная в начале своего развития, становится женским эмбрионом; с другой стороны, яйцеклетка, которая не оплодотворяется до тех пор, пока не станет сравнительно старой, становится мужским эмбрионом. Но, как указывает *Хенсен*, сперматозоид, в зависимости от его состояния, может либо оказаться недостаточно сильным, чтобы укрепить яйцеклетку, которая сама по себе находится в хорошем состоянии; или, с другой стороны, мощный сперматозоид может укрепить яйцеклетку с недостаточной жизнеспособностью. Но трудно точно сказать, от каких соображений зависит большая или меньшая жизнеспособность сперматозоида — или, говоря более в соответствии с терминами теории, мы не знаем точно, что делает его хорошим сперматозоидом или наоборот. Он может быть “плохим” либо потому, что слишком долго оставался в яичке, либо потому, что слишком быстро вышел, слишком недавно выделился; более того, длительного пребывания сперматозоида в матке, несомненно, будет достаточно, чтобы снизить его жизнеспособность.

Евреи, особенно те, чьи религиозные предписания запрещают им вступать в половую связь во время менструации или вскоре после нее, и среди которых рождается большое количество мужчин, были приведены в качестве доказательства тезиса о том, что половые сношения в более поздний период межменструального периода, как правило, благоприятствуют зачатию мальчиков. В книге *Левит* xv. 19 мы читаем: “И если у женщины будет потомство, и потомством ее во плоти будет кровь, то она должна быть разлучена на семь дней”. Из комментария к Талмуду явствует, что эти семь дней следует отсчитывать от начала потока. Статистические отчеты из различных стран показывают, что среди евреев наблюдается больший избыток рождаемости мужского пола, чем среди других жителей соответствующих стран. Превышение числа рождений мужского пола у евреев колеблется от 1 до 15%, разница, вероятно, зависит от того факта, что количество рассматриваемых случаев слишком мало, чтобы были возможны единообразные результаты. В Пруссии в

период с 1820 по 1834 год соотношение полов среди еврейских родов составляло 111:100; в период с 1849 по 1852 год оно составляло 106:100; в Венгрии в период с 1835 по 1855 год оно составляло 117,1:100; в Швеции с 1851 по 1855 год оно составляло 108:100. Среди незаконнорожденных детей еврейской общины соотношение полов составляло в Австрии 123,9, в Пруссии 118,6.

Фюрст, изучая случаи в клинике *фон Брауна* и составляя статистическую подборку дней зачатия и родов, попытался доказать, что “существует избыток мальчиков, когда зачатие происходит в период постменструальной анемии”. Фактически, его цифры показывают очень заметное превышение числа мальчиков в случаях, когда зачатие произошло в течение пяти дней, непосредственно следующих за прекращением менструации; и превышение числа девочек, когда зачатие произошло в более поздний период межменструального интервала. Таким образом, в первом случае избыток мальчиков представлен цифрами 37:12; во втором случае избыток девочек представлен цифрами 79 (девочки):65 (мальчики). *Фюрст* объясняет эти цифры теорией о том, что у человеческого вида зачатие в период постменструальной анемии, вероятно, приводит к огромному избытку мужских зачатий (вследствие того факта, что неоплодотворенная яйцеклетка плохо питается в дни непосредственно перед зачатием); тогда как в более поздней части межменструального интервала лучшее питание яйцеклетки, вероятно, приводит к появлению на свет избытка девочек — гипотезы, основанные на совершенно недостаточном количестве примеров. *Фюрст* приводит следующую таблицу:

Количество дней между предполагаемым окончанием менструации и предполагаемым наступлением зачатия.	Количество родившихся мальчиков.	Количество родившихся девочек.	Мальчики и девочки вместе.
1	7	1	8
2	6	3	9
3	9	5	14
4	15	3	18
5	3	6	9
6	5	6	11
7	6	5	11
8	2	8	10
9	4	5	9
10	6	4	10
11	6	5	11
12	3	6	9
13	4	5	9
14	6	5	13
15	1	2	3
16	2	5	7
17	2	3	5
18	3		3

19	1	3	4
20	1	2	2
21	1	1	2
22	4	1	5
23		1	1
24	1		1
25		2	2
26	2		2
27		1	1
28	1	1	2
31	1		1
	102	91	193

Бауст приводит отчет, основанный, по его словам, на “полностью достоверных данных”, предоставленных личными друзьями, относительно 14 случаев, которые, по его мнению, показывают, что каждое зачатие, происходящее в течение недели после прекращения менструальных выделений, приводит к рождению девочки; но когда зачатие происходит на пятый или шестой день после менструации, результат варьируется в зависимости от пола. *Свифтиз* отчета о 20 случаях делает вывод, что в межменструальный промежуток зачинаются мальчики, во второй части промежутка - девочки.

Влияние силы менструации на определение пола также изучалось статистическим методом, начиная с идеи о том, что менструация, пропорционально ее силе, в среднем определяет последующее питание эмбриона, и предполагается, что это питание в дальнейшем определяет пол. *Поэтому Дюсинг* распределил роды, происходившие в стационарах Дрездена, Лейпцига и Йены, в соответствии с информацией о менструации, приведенной в истории болезни каждого пациента; оказалось, что при сравнительно скудных менструациях мальчиков было больше, чем при сравнительно обильных. Фактические цифры были следующими:

	Обильные менструации.		Скудные менструации.	
Дрезден	902	847	495	431
Йена	66	69	56	45
Лейпциг	21	22	239	211
Всего	989	938	790	687
Соотношение полов	105,4		114,7	

Сюда же мы можем добавить цифры, полученные *Дюзингом* относительно рождаемости жеребят на прусских конезаводах, которые он рассматривает как подтверждение своей точки зрения о том, что путем естественного отбора все животные приобрели способность, когда предъявляются более высокие требования к их сексуальным способностям, производить на свет большее число особей своего пола. Из таблиц мы узнаем, сколько кобыл в среднем покрывал жеребец за каждый год, то есть мы узнаем, насколько велики были требования, предъявляемые к сексуальной способности жеребца в данной конкретной племенной конюшне в тот год. Цифры, относящиеся к 1859-1892 годам, были сведены в таблицу, и были получены средние значения со следующими результатами:

Количество обслуженных кобыл.	Количество родившихся жеребят.		Соотношение полов.
	Кольты.	Кобылки.	
60-70	42,445	41,933	101,22
55-59	56,511	66,226	100,49
50-54	59,940	61,096	98,18
45-49	57,077	59,216	96,39
40-44	59,967	62,007	96,71
35-39	38,348	40,181	95,44
20-34	26,354	27,069	97,35

Из этих цифр, которые действительно касаются очень большого числа случаев, мы узнаем, что когда к жеребцу предъявляются более высокие требования, рождается больше самцов. Фактически, за исключением двух незначительных расхождений, увеличение соотношения полов происходит строго *параллельно* с увеличением количества покрытых кобыл.

Я должен, однако, обратить внимание на тот факт, что это предположение применительно к человеческому виду, что мужчина, к сексуальным способностям которого предъявляются особенно высокие требования, производит на свет особенно большое количество детей мужского пола, не подтверждается соотношением полов среди потомства в полигамных браках, в которых к сексуальным способностям мужа предъявляются несомненно более высокие требования, чем в моногамных союзах.

Сообщения путешественников прежних времен о том, что в восточных странах рождается больше девочек, чем мальчиков, недавно были подтверждены несколькими наблюдателями. *Кэмпбелл* утверждает, что в гаремах Сиамы количество рождающихся мальчиков и девочек одинаково. *Кларк* утверждает, что среди индийцев-мусульман рождается больше девочек, чем мальчиков. Согласно *Макленнану*, индийский опыт учит нас, что там, где преобладает полиандрия, количество потомства мужского пола преобладает; но там, где преобладает полигамия, наоборот, наблюдается избыток младенцев женского пола. Следующие данные, собранные *Гелертом* из исторических отчетов и генеалогических трудов относительно потомства известных людей, живущих в полигамных союзах, определенно свидетельствуют о значительном превышении женского потомства над мужским:

	Дети.		Соотношение полов.
	Мужчины.	Женский.	
Марокко: Мулей Шериф	24	124	19.4
Палестина: Ровоам, царь Иудейский	28	60	46.6
Аравия: Имон Санский	14	74	18.9
Турция: девять султанов	110	128	85.9

Согласно *Тоузенелю*, от браков по любви рождается больше дочерей, чем сыновей, тогда как среди потомства от обычных или принудительных браков преобладают дети мужского пола. Кроме того, среди потомства от законных союзов избыток мужчин больше, чем среди потомства от незаконных союзов. Врач, *В. Дж. Кук*, утверждает, что мальчики появляются на свет по вечерам (до полуночи), а девочки — ранним утром, когда женщины менее “впечатлительны”, чем в вечерние часы.

Дюсинг, отталкиваясь от распространенного убеждения, что все животные обладают способностью при недостатке особей одного пола производить на свет избыток потомства того пола, который является дефицитным, и таким образом восстанавливать баланс между полами, утверждает, что многочисленные факторы, благодаря сотрудничеству которых регулируется соотношение полов, действуют во временной последовательности. Он показывает, что индивидуальность матери оказывает влияние на пол. Но это находит выражение в качественном строении яйцеклетки; следовательно, уже до оплодотворения должна существовать тенденция к развитию того или иного пола — например, более молодые яйцеклетки имеют тенденцию становиться женскими; более старые яйцеклетки, наоборот, становятся мужскими. Далее было показано, что индивидуальность отца, то есть качественный состав спермы, оказывает влияние на определение пола. Таким образом, посредством влияния сперматозоида уже упомянутая ранее существовавшая тенденция яйцеклетки может в некоторых случаях быть нейтрализована и подавлена. Влияния личности отца и матери, которые во время оплодотворения находят выражение в качественном составе спермы и яйцеклетки соответственно, могут, таким образом, вызвать результирующую тенденцию, действующую в том или ином направлении с различной силой. Таким образом, после оплодотворения мы имеем тенденцию к образованию мужского или женского эмбриона.

Но, продолжает *Дюсинг*, на данный момент пол определенно не определен. Влияние условий питания, в которых находится оплодотворенная яйцеклетка, еще не дало о себе знать. Это влияние на определение пола через материнское питание продолжается (у человеческого эмбриона) целых три месяца, но даже когда репродуктивные органы эмбриона определенно начали отклоняться в сторону мужского или женского типа, в зависимости от обстоятельств, некоторое влияние питания, если оно достаточно мощное, все же может повернуть баланс в другую сторону, так что в результате образуется частичный или полный гермафродит, существо, объединяющее характеристики обоих полов.

Фактическое наследование пола, о котором люди привыкли говорить, по *мнению* *Дюсинга*, невозможно. Способ, которым развивается тот или иной пол, действительно передается по наследству; но решение о том, какой пол должен развиваться, не зависит от наследственности, а определяется взаимодействием нескольких внешних влияний. Качества, с помощью которых это достигается, приобретаются путем адаптации к общим или особым жизненным условиям.

Вилькенс (“Исследование соотношения полов и причин определения пола у домашних животных”) выступает против взглядов *Дюсинга* на основании результатов его собственных исследований, касающихся рождения 30 000 домашних животных. Он пришел к следующим выводам:

1. *Местность* (почва и климат) оказывает влияние на соотношение полов и на определение пола у домашних животных, но это влияние, вероятно, только косвенное, поскольку осуществляется через посредничество в питании эмбриона *внутриутробно*.
2. *Сезон*, в который происходит зачатие домашнего животного, влияет на пол; жаркое время года благоприятствует рождению самцов, холодное - самок; в жаркое время года аппетит и питание домашних животных в целом снижаются, тогда как в холодное время года они увеличиваются.
3. Что касается *мужчины-прародителя*, то ни его возраст, ни его сексуальная энергия, ни потребность в этой энергии, ни возраст спермы не оказывают никакого влияния на соотношение полов или определение пола потомства.

4. Возраст *самки-прародительницы* влияет на соотношение полов и определение пола потомства таким образом, что, как правило, первородящие и молодые матери зачинают большее количество потомков женского пола. Это влияние возраста может быть связано с тем фактом, что в целом молодые матери кормят своих отпрысков *внутриутробно* лучше, чем матери старшего возраста.

5. *Питание плода внутриутробно* влияет на определение пола, говоря в целом, следующим образом: лучшее питание способствует определению женского пола, худшее питание способствует определению мужского пола.

6. В дополнение к влиянию питания плода на определение пола, *другие влияния*, природа которых все еще остается *неясной*, также должны взаимодействовать, потому что один и тот же прародитель в сходных условиях питания не всегда дает потомство одного пола.

7. Из-за действия этих *неизвестных влияний* предсказание пола потомства и добровольное определение пола потомства остаются невозможными. Все, что мы можем сказать, это то, что существует некоторая вероятность того, что молодые и хорошо питающиеся матери произведут на свет сравнительно большее количество потомства женского пола, в то время как пожилые и плохо питающиеся матери произведут на свет сравнительно большее количество потомства мужского пола.

II. Анатомические исследования.

Из анатомических исследований и открытий те, которые в особенности касаются взаимоотношений полов близнецов и тройняшек, были применены для выяснения проблемы определения пола.

Первый и наиболее важный факт в этой связи, который является не просто правилом, вновь и вновь подтверждаемым анатомами и гинекологами, но, кроме того, как *продемонстрировал Майрхофер в результате своих исследований* в клинике фон Брауна, "естественным законом", заключается в том, что близнецы и тройняшки, заключенные в общий хорион, неизменно одного пола. Половая идентичность таких близнецов была связана со сходством условий их питания (*Лейкарт, Глосс*), и, в особенности, со связью между их кровеносными сосудами; и считалось, что существует тесная связь между этими отношениями и определением пола.

Майрхофер, однако, опровергает это предположение следующими выводами ("Определение пола у человеческого вида"); "Плодные матки, заключенные в пределах одного хориона, всегда имеют общую плаценту, в которой кровеносные каналы от обеих пуповин часто, в случае близнецов, возможно, неизменно, сообщаются. Таким образом, можно предположить, что половая идентичность эмбрионов, заключенных в единый хорион, обусловлена смешением их крови в плаценте. *Хиртл*, однако, описывает плаценту тройни, у которой, хотя все три плода были заключены в единый хорион, сосуды, идущие к пуповине одного из плода, были полностью отделены от сосудистой области, общей для двух других плода; следовательно, вероятно, что и в случае близнецов, заключенных в единый хорион, не *обязательно* существует какое-либо сообщение между их кровеносными сосудами в общей плаценте. Но даже если бы было доказано, что в случае близнецов, заключенных в единый хорион, их кровеносные сосуды всегда сообщаются в общей плаценте, мы не могли бы поэтому сделать вывод, что смешение крови двух плодов является причиной их половой идентичности.

“Смешение крови двух плодов в общей плаценте никогда не могло привести к полному совпадению состава крови двух; это могло привести только к уменьшению различий, которые существовали бы между кровью, если бы их плацентарное кровообращение было полностью различным, и от установленного таким образом сходства в крови нельзя было ожидать большего, чем сделать общим правилом, что такие близнецы или тройняшки должны быть одного пола; но из этого правила можно ожидать, что в определенных случаях будут иметь место исключения, например, когда гематопоз в двух (или трех) плодах был очень разным, или когда нарушалась циркуляция по сообщающимся кровеносным сосудам из—за давления фибринозных отложений - тогда возникали различия между кровью, достаточные для того, чтобы вызвать различия по полу (если предполагается, что идентичный состав крови является причиной половой идентичности).

“Опыт учит нас, что наличия сообщающихся сосудов в плаценте недостаточно для того, чтобы вызвать близкое сходство роста и формирования органов у двух родов; это также не предотвращает заболевание и смерть одного плода, оставляя здоровье другого нетронутым, хотя сообщающиеся каналы остаются открытыми; так что, если мы исключим акардиальных монстров, правильно будет сказать, что каждый плод ведет уединенный образ жизни, на который не влияет жизнь его соседа. Акардиальные монстры, с другой стороны, всегда получают кровь, которая уже использовалась для питания нормального плода, и результатом этого является задержка развития и поразительное преобладание соединительной ткани в акардиальном близнеце. Но, несмотря на тот факт, что нарушение нормального кровообращения (которое действительно становится возможным благодаря наличию сообщающихся сосудов в плаценте) приводит к неполноценному питанию плаценты кровью, меньшей, чем та, которая поступает к нормальному плоду, акардиальный монстр всегда того же пола, что и нормальный близнец”.

Исходя из этих соображений, *Майрхофер* справедливо заключает, что идентичность пола двух плодов, содержащихся в одном хорионе, поскольку это не зависит от наличия сообщающихся сосудов в плаценте, должна вытекать из тенденции развития, уже существующей у двух зародышей на момент зачатия — или, другими словами, что на момент зачатия их пол уже определен без изменений.

Этот вывод относительно пола близнецов, содержащихся в одном хорионе, очень легко можно распространить на вывод о том, что в случае всех человеческих родов пол уже определен в момент зачатия.

Другим анатомическим фактом является то, что многие близнецы содержатся в едином хорионе по той причине, что они происходят из двух зародышевых пузырьков внутри одной яйцеклетки. Остается открытым вопрос о том, возможно ли, чтобы два эмбриона, содержащиеся в отдельных хорионах, оказались в одном хорионе из-за атрофии промежуточной стенки. Если это действительно возможно, неизменная идентичность пола в случае эмбрионов, залегающих в одном хорионе, должна привести нас к согласию с *Майрхофером* в выводе, что две яйцеклетки, находящиеся в одном фолликуле, при одновременном оплодотворении дают начало эмбрионам идентичного пола.

Б. С. Шульце и *Ольфельд* в результате исследований близнецов также пришли к выводу, что сексуальная идентичность близнецов зависит от их происхождения из одной яйцеклетки. Если, в соответствии с тем, что было сказано выше, объяснение сексуальной идентичности определенных близнецов следует искать в том факте, что у таких близнецов произошло

только одно зачатие, и, следовательно, влияние, каким бы оно ни было, посредством которого определяется пол, действует на оба зародыша одновременно, — все же сексуальная идентичность близнецов в целом примечательна и еще не была полностью объяснена. Сексуальная идентичность на самом деле возникает гораздо чаще, чем кажется соответствующим проценту близнецов, происходящих из одной яйцеклетки. *Фон Фрикс* изучил данные, касающиеся многоплодных родов в Пруссии в период с 1826 по 1879 год, и составил следующую таблицу:

В процентах.	Близнецы.	Тройняшки.	Четверняшки.	Пятерняшки.
Только мальчики	32,6	24,5	14,3	33,3
Только девочки	30,3	22,5	19,4	
Мальчики и девочки	37,1	53,0	66,3	66,7
	2 Б. 1 Г.	28,5		
	1 Б. 2 Г.	24,5		
	2 Б. 2 Г.	23,4		
3 Б. 1 Г.	19,5			1 Б. 3 Г.
23,4				4 Б. 1 Г.
33,3				3 Б. 2 Г.
33,3				33,3

Согласно *Ольфельду*, среди рождений близнецов в целом соотношение рождений с общим хорионом к рождениям с отдельными хорионами составляет 1:8,15. Если бы, однако, мы захотели объяснить частоту, с которой близнецы бывают одинакового пола, появлением таких близнецов, полученных из одной яйцеклетки, мы должны были бы ожидать найти совсем другое соотношение, а именно 1:3,84; то есть близнецов с общим хорионом должно быть почти в три раза больше, чем на самом деле. Из этих фактов *Дюсинг* пытается сделать вывод, что внешние условия оказывают влияние на определение пола, поскольку очень многие внешние условия идентичны в случае близнецов; как, например, возраст отца, возраст матери, условия питания яйцеклеток и сперматозоидов, питание эмбриона и т.д. — все это повлияло бы на обоих близнецов в одном направлении. С другой стороны, разница в поле близнецов может быть вызвана двумя последовательными оплодотворениями.

Б. С. Шульце в результате своих эмбриологических исследований пришел к выводу, что существуют мужские и женские яйцеклетки. Таким образом, он считает, что сексуально идентичные близнецы происходят из одной яйцеклетки с двумя зародышевыми пузырьками, предполагая таким образом, что возможно двойное оплодотворение таких яйцеклеток. Но поскольку в таких случаях пол получающихся близнецов всегда идентичен, сперматозоид не может влиять на определение пола, но условия, приводящие к развитию того или иного пола, должны уже существовать в яйцеклетке - т.е.е., должны быть мужские и женские яйцеклетки.,,

Что на самом деле в некоторых случаях женщина-прародительница оказывает подавляющее влияние на определение пола и что мнение, которого придерживаются очень многие, о том, что это определение зависит только от матери, иногда подтверждается фактами, подтверждается случаем, описанным *Дарвином* (“Происхождение человека”, том I.), когда арабская кобыла семь раз подряд рожала кобылку, но ни разу не жеребенка, хотя она была покрыта семью разными жеребцами. С другой стороны, это обстоятельство, если его не

следует приписывать чистой случайности, также может быть объяснено конституциональной силой этой кобылы (*Хенсен*), не принимая вышеприведенную гипотезу.

Недавно *Алджон* утверждал, что существует два вида сперматозоидов, мужские и женские; последние встречаются чаще всего, но первые более энергичны.

Интересный анатомический факт, имеющий отношение к этому вопросу, был обнаружен *М. Нуссбаумом*, а именно, что у *ascaris megaloccephala* репродуктивные железы обозначены еще до отделения зародышевых пластинок; и *Нуссбаум* предполагает, что это также имеет место у всех животных, хотя доказательства не могут быть получены в каждом случае.

Землер показал также на примере некоторых *plagiostomata*, что задолго до начала окончательного развития репродуктивных органов явно гермафродитный эмбрион уже обладает, по крайней мере, тенденцией к конституции того или иного пола. Ибо у этих животных в столь ранний период, когда репродуктивные железы еще не проявляют никакой половой дифференциации, помы, тем не менее, можно различать по тому, что кажется вторичным половым признаком. У самки, а именно, развит только один яичник; и действительно, очень рано у эмбрионов, которым суждено стать самками, мы можем наблюдать асимметричное развитие двух зародышевых борозд. По этому признаку два пола можно различить гораздо раньше, чем это возможно сделать путем распознавания гистологической дифференцировки половых желез.

Согласно *Майрхоферу*, преобладание мужского пола приводит к размножению избытка мужчин таким образом, что физическое процветание мужчины, вероятно, приводит к появлению мальчиков, тогда как процветание женщины, как правило, приводит к появлению поколения девочек. Более того, экономия спермы при нечастых половых сношениях приводит к появлению потомства мужского пола. В этой связи *Хенсен* замечает по поводу большого избытка мужского потомства среди евреев: “Мы могли бы спросить, не может ли вследствие сравнительного сексуального воздержания евреев, которое требует определенной выносливости со стороны яйцеклеток, не происходит ли определенного отбора яйцеклеток; и таким образом мы, возможно, сможем объяснить, почему у этой расы исключительная энергия наблюдается несколько чаще, чем у других рас”. *Боку* предполагает, что “разбавитель спермы”, таких как результаты от более частого полового акта, способствует продолжению рода женского пола, в то время как при половом акте реже большего числа мальчиков, скорее всего, родится. *Янке* указывает в качестве двух важных фундаментальных принципов научной физиологии, что (1) половой акт представляет собой как бы соревнование между двумя участниками полового акта относительно того, кто из них передаст свое сексуальное влияние ребенку, победитель в соревновании определяет пол потомства, и (2) происходит перекрестное наследование, поскольку тот из предков, который окажется сильнее в этом соревновании, передает ребенку пол, отличный от его или ее собственного. Поэтому он советует женщинам, которые мечтают завести мальчика, выпить бокал шампанского перед выполнением своих супружеских обязанностей, чтобы обрести повышенную сексуальную энергию.

Фике также выражает мнение, что, когда энергичный, страстный и сангвинический родоначальник мужского пола вступает в половую связь с фригидной и флегматичной женщиной, будет преобладающая тенденция к тому, чтобы потомство было женского пола; тогда как, когда условия противоположны этим, когда родоначальник мужского пола флегматичен и холоден, а женщина, напротив, сангвинична, страстна и пылка, потомство, вероятно, будет мужского пола.

В противовес этим мнениям *Фике* и *Янке* о том, что темперамент и сексуальная энергия прародителей оказывают определяющее влияние на определение пола потомства, *Дюсинг* настаивает на том, что влияние оказывает только качество репродуктивных продуктов. *Дюсинг* выдвигает следующее положение: “Чем больше дефицит особей одного пола, тем, следовательно, более обширные требования предъявляются к сексуальным способностям особей этого пола, тем быстрее используются их репродуктивные продукты; и, следовательно, чем моложе эти продукты при использовании, тем больше особей их собственного пола появится среди потомства”.

Ришарз, напротив, считает, что преобладание мужского пола приводит к рождению большего количества девочек; у матери с высокой репродуктивной способностью будет больше мальчиков, у матери с меньшей репродуктивной способностью, с другой стороны, больше девочек.

Старкуэзер (“Закон пола”, Лондон, 1883) излагает свою точку зрения в предложении: “Превосходящий родитель производит противоположный пол”; и он придерживается странной точки зрения, что это превосходство проявляется в определенных анатомических чертах лица прародителя. Он пытается по форме головы и выражению лица вывести превосходство самца и самки-прародительницы соответственно. Высокий квадратный лоб с выступающими надцилиарными выступами составляет, согласно *Старкуэзеру*, один из основных признаков этого превосходства; важными также являются сильно развитая средняя треть носа, узкие губы и т.д. Он заявляет, что в известных ему семьях обладание этим римским носом у отца обозначается наличием также большого количества дочерей, в то время как у матери с римским носом много сыновей. Чем больше носы родителей похожи друг на друга, тем более равномерным будет распределение полов среди потомства. Он связывает этот факт (!) еще и с тем, что обладательница орлиного носа является правительницей семьи. Мужчины с очень сильным характером рожают в основном дочерей; женщины, с другой стороны, с сильным характером и твердостью воли произведут на свет заметный избыток мальчиков. В Южных штатах американского союза *Старкуэзер* нашел подтверждение своей теории, поскольку там он заметил, что среди отпрысков белых отцов и цветных матерей было больше девочек, составлявших от 12 до 15 процентов. У метисов Явы, так называемых липплаппов, в третьем поколении рождаются только девочки, и они бесплодны. Избыток девочек в этих случаях зависит от превосходства белого отца; это превосходство передается немногочисленным сыновьям второго поколения, и поэтому у них рождаются девочки только для того, чтобы составить третье поколение; последние вообще недостаточно сильны, чтобы рожать детей.

Рот возродил старую точку зрения, что один яичник обеспечивает зародыши для потомства мужского пола, а другой - для потомства женского пола. Он полагает далее, что в процессе совместного проживания механические впечатления и стимулы, получаемые половиной наружных половых органов, усиленные контактом с лобковыми волосами и потягиванием за них, передаются через срамной нерв и гипогастральное сплетение в соответствующую половину влагалища и матки, в фаллопиеву трубу с этой стороны и в соответствующий яичник. Если теперь мы можем считать установленным (?), что у человеческой самки один яичник выделяет только мужские яйцеклетки, а другой - только женские, то ему кажется, что именно соответствующая половина наружных половых органов при специфической стимуляции при половом акте и, следовательно, повышенная жизненная активность срамного нерва и его связей с гипогастральным сплетением должна рассматриваться как орган, с помощью которого определяется пол. *Роту* также миряне сообщили, что когда в течение некоторого времени у них рождались только дочери, они впоследствии

производили на свет сыновей, “когда, привыкнув спать по одну сторону от своей жены, они переняли практику спать по другую”.

Рикарди сообщает, что в Модене крестьяне говорят, что мужчина, у жены которого до сих пор были только дочери, должен, если он хочет иметь сына, принять при совокуплении какую-нибудь иную позу, чем обычно.

III. Экспериментальные исследования.

Значительное количество лет назад *Тери* занялся проблемой определения пола экспериментальным методом. В своей серии экспериментов он установил, используя 29 коров, что в случае с 22 из них, которых обслуживали в начале течки, телята были без исключения телками, в то время как в случае с остальными 7, которых обслуживали в конце течки, телята были в равной степени без исключения бычками (*Тури*, “Закон определения полов”, Лейпциг, 1863); в отчете об этих экспериментах возраст коров не упоминается. *Тери* пришел к выводу, что пол определяется в соответствии с оплодотворением яйцеклетки вскоре или поздно после ее выхода из яичника; а именно, что яйцеклетка, оплодотворенная вскоре после выхода, произвела самку, в то время как яйцеклетка, которая стала сравнительно старой до того, как была оплодотворена, стала мужской.

Сенсационные эксперименты Тури привели к серии аналогичных экспериментов, проводимых в основном скотоводами, прежде всего в сельскохозяйственных колледжах и на конезаводах.

Некоторые из этих экспериментов проводились в сельскохозяйственных колледжах в Проскау и Эльдере. Коров, у которых, согласно *взглядам* Тури, должны были родиться телки, кормили, как только наблюдалась течка (течка длилась, как правило, от 24 до 30 часов); они были доставлены от 5 телок и 5 бычков (в Проскау) и от 3 телок и 5 бычков (в Эльдере); следовательно, соотношение полов в этих случаях было нормальным. С другой стороны, коровы, которых не обслуживали до тех пор, пока их течка не продлилась 20 часов, были доставлены (в Проскау) по 1 телке и 4 бычкам.

Дальнейшие эксперименты (в Вальдау) дали результат, что коровы, которых подали раньше срока, родили 1 телку и 1 бычка. В другой серии (в Эльдере) 9 коров, которых подали, как только наступила течка (или, строго говоря, через от ½ до 1½ часов после нее), родили 7 телок и 2 бычка.

Эксперименты, проведенные на Королевском конном заводе имени Фридриха Вильгельма, дали следующие результаты: в случае с 20 кобылами, которые, если бы *теория* Тури была верна, все должны были родить кобылок, только 11 соответствовали этому ожиданию; но, с другой стороны, 10 были жеребятами. *Тушон* в своих экспериментах в Хоэнхау получил 11 телят и 2 жеребенка, демонстрирующих пол, ожидаемый в соответствии с *Thury's* Тури.,,

Дюсинг составил сводку цифр, приведенных во всех экспериментах, проведенных для проверки *теории* Тури, со следующими результатами: у коров, оплодотворенных рано, родилось 13 бычков и 29 телок; у кобыл, оплодотворенных рано, родилось 10 жеребят и 13 кобылок; у коров, оплодотворенных поздно, родилось 5 бычков и 2 телки.

Гербе проводил эксперименты на кроликах, подкидывая самца некоторым самкам вскоре после начала у них течки, а другим - как можно позже. При осмотре детенышей в рогах матки, от яичника вниз, было обнаружено, что распределение полов примерно равное.

В то время как *Coste's experiments on a hen gave results contradictory to Thury's теории Typu*, эксперименты, проводимые также на обыкновенной домашней птице, дали результаты, согласующиеся с этой теорией. Он обнаружил, что куры снова начали откладывать оплодотворенные яйца через 3-6 дней после полового акта с петухом (от которого они ранее содержались отдельно); в среднем распределение полов у цыплят, вылупившихся из этих яиц, было примерно равным, с, однако, небольшим преобладанием петушков. На девятый и десятый дни после отделения от петуха отложенные яйца были наполовину оплодотворенными, наполовину неоплодотворенными; на двенадцатый день после отделения от петуха неоплодотворенных яиц было подавляющее большинство; но даже на восемнадцатый день после отделения некоторые из отложенных яиц все еще были оплодотворены. Оплодотворенные яйца, отложенные с десятого по пятнадцатый день после отделения, при инкубации давали большое преобладание несушек.

Мы должны поблагодарить заводчиков за большое количество экспериментов, таких как те, что были проведены заводчиком *Фике* в Хьюстоне в Техасе, который обнаружил, что бык, к сексуальным способностям которого предъявлялись чрезмерные требования, производил на свет исключительно бычков; тогда как в стадах, содержащих многочисленных бычков, среди родившихся телят было обнаружено преобладание телок. В тридцати экспериментах на крупном рогатом скоте *Фике* всегда обнаруживал, что чем большее количество коров должен был обслуживать бык и чем дольше они содержались в услужении, тем больше была доля бычков среди их потомства. С другой стороны, если сексуальные желания некоторых коров сначала удовлетворялись кастрированным животным, а затем обслуживались энергичным и похотливым быком, у этих животных рождалось чрезмерное количество телок.

Янке добился аналогичных результатов в разведении овец. В отчете, направленном *Дюсингу*, он утверждает, что в начале сезона ягнения рождается больше овцематок, чем баранов; во второй половине сезона ягнения, наоборот, баранов больше, чем овцематок. Объяснение, которое он дает, состоит в том, что в начале спаривания бараны свежие и похотливые, в то время как позже их потенция сравнительно истощается. На конезаводах, по словам того же наблюдателя, хорошо известно, что самые сильные жеребцы, обслуживающие кобылу утром, обычно производят на свет кобылку; но если позже в тот же день они обслуживают вторую кобылу, то почти всегда производят на свет жеребенка. Это, по его мнению, находит свое объяснение в том факте, что жеребец, обслуживая вторую кобылу, находится в состоянии сравнительного сексуального истощения, тем более что первую кобылу он обычно покрывает дважды.

С другой стороны, эксперименты *Маритегута* по разведению овец на овцеводческой ферме Блан (Верхняя Гаронна) дали разные результаты. В начале сезона спаривания, пока сексуальные способности барана были совершенно не ослаблены, он произвел на свет больше ягнят мужского пола, чем женского. Но когда несколько дней спустя у большого количества овцематок одновременно началась течка, а баран из-за очень частых половых актов начал сексуально истощаться, рождение ягнят женского пола было в избытке. Но когда, наконец, этот период максимальных требований к силам барана миновал, и количество маток в период течки снова стало небольшим, снова наблюдалось зарождение ягнят мужского пола с предпочтением женского.

Данные, полученные *Дюзингом* на прусских конезаводах, на которых, когда к жеребцам предъявлялись более высокие сексуальные требования, рождалось больше самцов, уже упоминались.

Фике проводил интересные эксперименты на коровах и полагал, что таким образом ему удалось продемонстрировать влияние питания на определение пола — действительно, до такой степени, что он поверил в возможность разводить телят любого пола по своему желанию. Следующий метод дал ему положительные результаты более чем в тридцати случаях. Бык никогда не обслуживал корову во время первой течки, а только во время второй (если корову не обслуживать во время течки, течка повторяется с интервалом в три недели). Интервал в три недели использовался для подготовки коровы и быка к совокупительному акту. Если требовался бычок, корову снабжали самым бодрящим кормом и держали на самом богатом пастбище из доступных. С другой стороны, быка, который должен был обслуживать эту корову, выгнали пастись на самое бедное пастбище, и ему давали плохой корм. По истечении трех недель, когда у коровы во второй раз началась течка, ее сексуальный аппетит был настолько сильным, насколько это было возможно, в то время как бык проявлял лишь незначительную склонность к половому акту. Если бык теперь обслуживал корову, то получался бычок. Противоположная процедура приводила к появлению телки. С этой целью Фике держал корову на низкокалорийном рационе в промежутке между первой и второй течками, и сначала ее обслужило кастрированное животное. Когда таким образом и благодаря низкому рациону сексуальный аппетит коровы был в достаточной степени уменьшен, ей подали похотливого быка, которого долгое время не подсаживали ни к одной корове, и сексуальная потенция которого была доведена до предела кормлением в течение нескольких недель самым бодрящим кормом.

Результаты этих экспериментов, согласно которым питание родительских животных перед копулятивным актом оказывает влияние на определение пола, Дюсинг объясняет таким образом, что питание влияет также на качество репродуктивных продуктов. “Плохое питание приводит к снижению функциональных возможностей полового аппарата. Так, например, уменьшается выработка спермы. На самом деле ее едва ли можно заменить так же быстро, как она израсходована. Это происходит при нехватке достаточных средств к существованию, а также при нехватке сравнительно молодых самцов. В обоих случаях мы прослеживаем последствия рождения избытка самцов. Обратные условия приводят к избытку женского потомства”.

Переходя теперь к рассмотрению исследований, проведенных физиологами, Борн из анатомического института в Бреслау попытался решить проблему определения пола с помощью эксперимента. Он использовал для этой цели *rana fusca*, животное, с помощью которого можно получить положительные результаты за сравнительно короткий промежуток времени. Он исследовал пол обеих лягушек в свободном состоянии (165), а также личинок, которых он вывел в специально оборудованных аквариумах. В то время как среди лягушек, развивающихся на открытом воздухе, количество полов, по-видимому, было примерно равным (превышение самок составляло 2-3%); среди тех, кого разводили в аквариумах, было огромное преобладание самок (96%). Борн связывает этот замечательный результат с недостаточным поступлением питательных веществ в случае выведенных им личинок (он кормил их гидрой и гниющим мясом лягушек и головастика); при исследовании пищеварительного тракта головастика, пойманного на открытом воздухе, Борн установил, что их обычной пищей был ил прудов, в которых они вылуплялись, содержащий инфузорий, радиолярий, диатомовых водорослей и т.д. Борну показалось, что точность этого объяснения более убедительно доказана результатами на примере одного из его двадцати одного аквариума. Только в этом аквариуме процент самцов достигал 28%, и головастики в нем достигли того же размера, что и те, которые развивались в естественных условиях на открытом воздухе, в то время как во всех других аквариумах головастики оставались

аномально маленькими. В этом конкретном аквариуме по недосмотру на полу была прудовая грязь, в то время как во всех других аквариумах пол был посыпан чистым песком.

А. фон Грисхайм оспаривает результаты Борна и считает, что последний, определяя пол головастика с помощью ручной линзы, должно быть, принял очень многих самок головастика за самцов. Он сам, путем неоднократных подсчетов большого количества головастика (685), частью пойманных на открытом воздухе, частью взятых из большого аквариума, обнаружил, что соотношение полов в случае с *rana fusca* обычно составляло 36,7 самцов против 63,3% женщины.

Э. Пфлюгер относит расхождение между результатами Борна и его собственными и результатами фон Грисхайма не к какой-либо ошибке, допущенной Борном при определении пола головастика, а к тому факту, что в аквариумах последнего смертность самцов головастика, вероятно, была выше, чем у самок. Пфлюгер попытался выяснить, может ли концентрация спермы влиять на определение пола. Некоторое количество лягушачьей икры было оплодотворено концентрированной спермой, взятой непосредственно из семенных пузырьков, а другое количество икры было оплодотворено разбавленной спермой, полученной путем приготовления водного экстракта надрезанных яичек. Соотношение между полами в случае двух партий головастика, которые содержались в отдельных аквариумах, оказалось, однако, математически идентичным. Но другой эксперимент показал, что количество самцов сильно различалось в зависимости от вида или расы, от которой были получены животные. Поэтому он считает, что для характера развития репродуктивных органов определяющим является раса родительских животных. Вероятность изменения этого унаследованного соотношения полов с помощью внешних воздействий, влияющих на яйцеклетки и созревшую сперму до оплодотворения, очень мала, и столь же мала с помощью ряда аномальных воздействий (изменение климата, воды, питания и т.д.), Действующих на оплодотворенные яйцеклетки.

Дюзинг, который в своей работе “Регулирование соотношения полов” (Йена, 1884) наиболее изобретательно отстаивает тезис о том, что все животные обладают способностью при недостатке особей одного пола производить на свет избыток особей этого дефицитного пола, или, другими словами, что избыток особей одного пола определяет рождение избытка особей другого пола, — провел экспериментальные исследования относительно определения пола следующим образом (в соответствии с предложением, сделанным Пфлюгером): около девятидесяти гиней — свиньи были распределены по двум загонам таким образом, что в одном загоне был большой дефицит самцов и большой избыток самок, в то время как в другом был дефицит самок и избыток самцов. Таким образом, соотношение полов в двух стойлах было противоположным. Таким образом, в соответствии с теорией Дюзинга, в первом загоне должно было родиться больше самцов, а во втором - больше самок. Каждую неделю каждую ручку осматривали один или два раза, устанавливали пол новорожденного детеныша, и их различали по небольшим надрезам на краю уха. Неделю спустя, когда молодые животные немного продвинулись в развитии, их повторно обследовали, чтобы убедиться, что не было допущено никакой ошибки.

Сначала в загоне, содержащем первоначальный избыток самок, произошло весьма заметное превышение числа рождений мужского пола. Это, однако, было всего лишь результатом случайности, поскольку вскоре соотношение полов среди новорожденных изменилось на противоположное, и с тех пор рождалось гораздо больше женщин, чем мужчин. Но если принять во внимание все рождения, произошедшие в ходе этого эксперимента, то число все равно окажется слишком маленьким, чтобы можно было сделать достоверные выводы.

Дюсинг подчеркивает тот факт, что подобный эксперимент, чтобы получить результаты, заслуживающие внимания, должен продолжаться до тех пор, пока соотношение полов не станет постоянным, чтобы оно больше не подвергалось изменению из-за случайных вариаций. Если мы предположим, что теория *Дюсинга* неверна, то полученные результаты будут следующими: в обоих загонах, в том, в котором первоначально был избыток самок, и в том, в котором первоначально был избыток самцов, деторождение, если наблюдать в течение достаточного периода времени, будет представлять определенное соотношение полов, которое будет одинаковым в обоих загонах. Но если теория хорошо обоснована, соотношение полов новорожденных должно было бы различаться в двух загонах: в стойле, в котором изначально был дефицит самцов, было бы больше рождений самцов, чем самок; тогда как в загоне, в котором изначально был дефицит самок, наоборот, было бы больше рождений самок, чем самцов. *Дюсинг* рекомендует использовать для таких экспериментов еще более продуктивных животных, таких как крысы и мыши.

Институты рыбоводства также были бы чрезвычайно подходящими для проведения таких экспериментов по разведению для определения обсуждаемого вопроса, потому что из-за того факта, что у этих животных оплодотворение осуществляется вне тела родителей, может быть проведено прямое исследование яйцеклеток и спермы, используемых в экспериментах, и оплодотворение может происходить в условиях, подвергающихся различным изменениям; также мы можем использовать икру и сперму рыб, возраст, история жизни, вес и размер которых точно известны.

В последнее время большое внимание уделяется теории *Шенка*, основанной, как он утверждает, на многочисленных экспериментах, касающихся влияний, с помощью которых определяется пол. Этот наблюдатель также исходит из принципа, что овуляция не зависит от влияния питания и обмена веществ. Он полагает, что в случаях, когда сгорание в организме осуществляется таким образом, что остатки неиспользованных веществ, все еще способных выделять тепло, появляются в моче, яйцеклетка человеческой самки в процессе формирования не так далеко продвинулась в своем развитии, как в случаях, когда моча полностью свободна от сахара или, по крайней мере, свободна от каких-либо явных следов присутствия этого органа. В первом случае мы обнаружим, что яйцеклетка не только менее зрелая, но и, по-видимому, менее хорошо питается. По его мнению, такая яйцеклетка менее полно обеспечена внутренними качествами и силами своей протоплазмы, и по этой причине она, по-видимому, приспособлена только для развития особи женского пола. Но когда, напротив, у материнской особи все вещества, образовавшиеся в организме и усвоенные организмом, сгорели настолько полностью, что в моче нет сахара, даже в мельчайших различимых следах, материнское тело находится в состоянии, подходящем для развития яйцеклетки, приспособленной к превращению в мужскую особь. Исходя из этих выводов, какой бы слабой ни была аргументация, *Шенк* делает вывод, что благодаря регулированию питательного материала, поступающего в организм, и подходящему выбору этого материала мы в значительной степени способны поддерживать яйцеклетку в процессе ее созревания таким образом, чтобы она развилась в мужскую особь.

Выбранный для этой цели питательный материал должен иметь такую природу, чтобы можно было предотвратить выведение с мочой даже самых незначительных количеств сахара; моча не должна содержать сахара даже при проведении фенилгидразинового теста. Таким образом, в каждом случае, когда мы хотим повлиять на питание женщины таким образом,

чтобы привести к зачатию особи мужского пола, мы должны прежде всего выяснить, присутствует ли в моче у данной женщины нормальное количество сахара. Если после самого тщательного обследования в моче не будет обнаружено никаких следов сахара, и если в этих выделениях в избытке присутствуют редуцирующие вещества, никаких изменений в рационе вносить не нужно, и все, что нам нужно сделать, это рекомендовать произвести необходимое оплодотворение как можно скорее, поскольку есть большая вероятность, что в этом состоянии эмбрион окажется мужского пола. Но когда, с другой стороны, в моче присутствует “нормальное” количество сахара или когда можно обнаружить даже следы только этого вещества, необходимо путем изменения рациона вызвать исчезновение из мочи всех следов сахара и в то же время вызвать появление в этой жидкости большого количества восстанавливающих веществ. *Шенк* утверждает, что в результате проведенных им экспериментов в этом направлении были получены результаты, которые показывают, что таким образом можно влиять на определение пола.

Его метод заключается в том, чтобы кормить мать в основном азотистыми веществами и жиром и давать дополнительно ровно столько углеводов, сколько необходимо, чтобы их отсутствие не ощущалось всерьез. Эту диету следует продолжать в течение значительного периода, в лучшем случае в течение двух-трех месяцев до осуществления оплодотворения. Такую же диету следует продолжать и после зачатия. Таким образом, в определенных случаях мы можем обеспечить рождение потомства мужского пола. С другой стороны, остается желание произвести на свет потомство женского пола, которого у нас пока нет прямых средств для удовлетворения.

Эти расплывчатые эксперименты и необоснованные теории *Шенка* на самом деле не представляют собой важного прогресса в теории добровольного определения пола человеческого потомства. Что в действительности оказывает решающее влияние на определение пола и как на самом деле осуществляется конечный импульс в том или ином направлении, остается совершенно неясным. Предсказание пола потомства и добровольное зачатие младенцев мужского или женского пола остаются проблемами, для решения которых по-прежнему не хватает наиболее важных данных.

Эрнест Геккель пишет по поводу теории *Шенка*: “Это важное “открытие”, которое во время своего первого объявления привлекло во всем мире внимание, редко уделяемое настоящим научным достижениям, теперь свелось к неполной демонстрации того, что состояние питания матери оказывает определенное влияние на определение пола ребенка. Но мы знали это очень давно. *Дюсинг* и другие, частично путем физиологических экспериментов, частично с помощью статистических демонстраций, показали, что изменения в количестве и качестве пищи, поставляемой любому из родителей, способны влиять на деторождение мальчиков или девочек. Но если то, что утверждает профессор *Шенк*, действительно было правдой, то народы, питающиеся в основном мясом (как, например, в пампасах Южной Америки), должны были иметь исключительно большую долю потомства мужского пола; в то время как те, кто живет в основном на безбелковой диете (на муке, сахаре и других углеводах), должны были иметь исключительно большую долю потомства женского пола (как, например, индейские и монгольские народы, питающиеся рисом). Но это ни в коем случае не так. И многие другие хорошо известные факты также противоречат “эпохальной” теории *Шенка*. Я убежден, что развитие оплодотворенной яйцеклетки в мальчика или девочку зависит от гораздо более сложных и в значительной степени все еще совершенно неизвестных физиологических причин. Окончательное суждение о ‘теории *Шенка*’ должно быть таким: ‘Много шума из ничего’.

Наше изложение современной точки зрения на учение о возникновении пола у человеческого вида фактически показало, что до сих пор ни статистической работой, ни анатомическими исследованиями, ни, наконец, экспериментальным методом не были получены результаты, позволяющие предсказать пол будущего младенца. И даже в отношении изучения тех влияний, которые оказывают определяющее влияние на возникновение секса, не было сделано никаких положительных, бесспорных выводов. Мы можем только сказать, что представляется вероятным, что существует *несколько* причин определения пола, *совместное* действие которых оказывается эффективным. Пол определяется не только яйцеклеткой и не только сперматозоидом, но и тем взаимным влиянием, которое они оказывают друг на друга в акте зачатия. В последней связи относительный и абсолютный возраст прародителей, по-видимому, оказывает определенное влияние на определение пола эмбриона; важны также большие или меньшие требования, предъявляемые к сексуальным способностям зачинателя; влияние оказывает также время, в которое яйцеклетка оплодотворяется после выхода из яичника. По-видимому, достаточно хорошо установлено, что, когда муж по крайней мере на десять лет старше жены, в то время как последняя находится в возрасте, в котором репродуктивные способности женщины максимальны, зачинается больше мальчиков, чем девочек (*Киш*); также, что один из прародителей, к сексуальным способностям которого предъявляются более высокие требования, имеет тенденцию производить на свет избыток особей своего пола (*Пике, Дюсинг*); и, наконец, что половое сношение происходит через значительное время после прекращения менструации (во втором случае). неделя межменструального интервала или позже) благоприятна для зачатия младенца мужского пола (*Тури, Хенсен*). Влияние условий питания на определение пола установлено менее четко.

Статистические данные неоспоримо доказали, что при достаточно большом количестве случаев в различных условиях соотношение полов составляет 106, и этот факт предполагает, что определение пола зависит от взаимодействия двух факторов, действующих в противоположных направлениях в узких пределах, таким образом, что шансы рождения младенца мужского пола преобладают над шансами рождения младенца женского пола в пропорции 106 к 100. В разъяснении этого факта *Хенсен* приводит следующее сравнение: “Давайте представим себе весы, перекладина которых имеет два плеча одинаковой длины; с двух концов этой перекладины два шара почти одинакового веса начинают катиться навстречу друг другу; если один шар катится быстрее другого, если один легче другого или если один начнет катиться раньше другого, противоположный конец перекладины утонет. Три влияния распределены по-разному; одно влияние может усиливать другое или противодействовать другому; но в конечном итоге всегда происходит решительное погружение одного конца балки. Минимальное укорочение или облегчение одного рычага весов соответственно увеличит вероятность того, что другой рычаг опустится”.

Бесплодие у женщин.

Когда мы изучаем историю человеческой цивилизации, мы обнаруживаем, что бесплодие у женщин рассматривается не просто как несчастье, но и как порицание. Среди диких рас и на Востоке, где положение женщины строго подчинено, она не достигает почетного статуса, пока не станет матерью. В Персии бесплодная женщина всегда разводится со своим мужем. В Индии также, когда бесплодная замужняя женщина напрасно прибегает к различным религиозным мерам, пропагандируемым для облегчения ее бесплодного состояния, ее отсылают обратно к родителям. И в Китае, и в Японии бесплодная женщина считается самым несчастным созданием. Среди негритянских рас женщина, которая не может родить детей, является объектом презрения. Среди негров дуалла мужчина, жена которого не может

родить детей, требует от ее родителей возврата суммы, которую он заплатил за нее при вступлении в брак. Многие коренные племена Южной Америки также практикуют развод с бесплодной женой. У черкесов из высшего сословия женщины не достигают гарантированного положения, пока не родят ребенка. В Анголе бесплодная женщина является объектом всеобщего презрения, и она часто так остро ощущает позор своего положения, что совершает самоубийство. Как у евреев, так и у турок бесплодие жены является признанным основанием для развода, и женщине, которая была разведена по этой причине, вряд ли когда-нибудь удастся найти другого мужа, поскольку считается, что ее тело не развито должным образом. Согласно старогерманскому законодательству, бесплодие жены и импотенция мужа были основанием для развода. Кодекс императора Юстиниана допускал развод в случаях, когда в течение двух лет муж был не в состоянии выполнять свои супружеские обязанности, и такой союз назывался *innuptæ nuptæ*. Среди древних римлян, хотя они считали бесплодие признаком божественной немилости, согласно законам Августа, неспособность к деторождению была наказуемым преступлением, и такому наказанию подвергалась любая замужняя женщина, достигшая 20-летнего возраста, но не ставшая матерью. В Древней Греции также разводы из-за бесплодия жены ни в коем случае не были редкостью. Среди славянских народов бесплодие так сильно презиралось, что существует славянская поговорка, которая гласит: “Женщина перестает быть женщиной, пока не родит ребенка”, а в Истрии бесплодная женщина известна под прозвищем “Скирке”, что эквивалентно “гермафродиту”. Еврейский взгляд на этот вопрос выражен в талмудическом раввинском изречении: “Обязанности жены - красота, кротость и вынашивание детей”; и снова: “бедные, прокаженные, слепые и бездетные подобны мертвым”; и, наконец, “тот, кто воздерживается от брака с намерением не иметь детей, навлекает на себя вину в убийстве”. В Коране мы находим фаталистическое выражение: “Бог делает женщину бесплодной в соответствии со своей волей”.

Поэтому мы можем легко понять, что в самых древних медицинских трудах вопрос о бесплодии у женщин является предметом серьезного рассмотрения. В трудах первых врачей Индостана мы находим несколько подходящих замечаний по этому вопросу. *Шушрута* говорит: “Беременность чаще всего наступает в результате полового акта во время менструации. В это время матка раскрыта, как цветок водяной лилии на солнце”. В Ветхом Завете, в котором новосозданные человеческие пары получают повеление “Плодитесь и размножайтесь, и наполняйте землю”, мы находим частые упоминания о бесплодии как состоянии столь же постыдном и прискорбном, и рекомендуется использование определенных растений в качестве средства лечения. Талмуд содержит несколько эссе, посвященных причинам бесплодия и его лечению.

В *собрании сочинений* Гиппократов есть ряд отрывков, посвященных причинам бесплодия и средствам, которые можно использовать для его облегчения. Позже у нас будет возможность обратиться к этим рекомендациям. *Цельс*, с другой стороны, мало что может сказать по этому вопросу. В трудах *Плиния*, а также в трудах *Аристотеля* есть упоминания о бесплодии.

Среди писателей первого века нашей эры *Соранус* исчерпывающе обсуждает способность к зачатию и бесплодие. В его работе мы находим, среди других отрывков, несомненно точное замечание: “Поскольку большинство браков заключаются не по любви, а для того, чтобы произвести на свет детей, трудно понять, почему при выборе жены меньше внимания уделяется ее вероятной фертильности, чем мирскому богатству ее родителей”.

В средние века *Паулюс Агинета* более подробно рассматривал женские болезни, и среди них - бесплодие у женщин. О том, что в арабской медицине этому вопросу уделялось большое внимание, мы можем узнать из трудов Маймонида.

Под бесплодием у женщин мы понимаем патологическое состояние, при котором половозрелая женщина не может забеременеть, несмотря на часто повторяющиеся нормальные половые сношения на протяжении значительного периода времени.

Бесплодие называется *врожденным* (или *абсолютным*), когда, несмотря на повторяющиеся половые сношения в течение длительного периода (не менее трех лет), беременность всегда не наступала; оно называется *приобретенным* (или *относительным*), когда женщины, которые уже были беременны один раз или чаще, перестают забеременеть, хотя они все еще достаточно молоды для этого и имели регулярные половые сношения в течение длительного периода (не менее трех лет). В более широком смысле этого термина мы говорим, что женщина бесплодна, когда, несмотря на продолжительный и неоднократный половой акт, при обстоятельствах, благоприятных для продолжения рода, ей не удалось родить живого и жизнеспособного младенца.

Английские авторы также делают особое различие в отношении той формы приобретенного бесплодия (которая не является большой редкостью), при которой женщина рождает единственного ребенка и впоследствии остается стерильной (*“бесплодие только у одного ребенка”*).

Современная цивилизация с ее теневой стороной сделала необходимым уделять все большее внимание *факультативному бесплодию*, зависящему от использования во время полового акта средств для предотвращения зачатия; и совсем недавно хирургическая тенденция современной гинекологии породила новую разновидность бесплодия у женщин, а именно оперативное бесплодие.

Период, который должен пройти после вступления в брак, прежде чем отсутствие беременности приведет нас к признанию женщины бесплодной, установлен в три года. Это ограничение основано на статистических данных, которые (см. Таблицу на стр. 368) Я привел данные о 556 плодотворных браках.

Идеальное состояние фертильности, при котором зачатие является непосредственным результатом первого акта соития между мужем и женой, за зачатием в должное время следует рождение ребенка, , как и большинство других идеалов, достигается очень редко. У человеческого вида зачатие как непосредственный результат первого акта полового акта является чрезвычайно необычным явлением. Обращение за медицинской помощью к женщинам, которым не удалось забеременеть в течение первых трех месяцев супружеской жизни, что, как показывает мой опыт, делается сейчас чаще, чем раньше, лишено всякого оправдания; и что еще хуже, в этот период “ранней влюбленности” подвергать женщин, как это часто делалось в последнее время чрезмерно энергичными гинекологами, местному лечению, вплоть до оперативных вмешательств.

Мы не вправе говорить о существовании фактического бесплодия до тех пор, пока три года супружеских отношений не приведут к зачатию; тем не менее, когда наступление первой беременности откладывается более чем на шестнадцать месяцев после вступления в брак, существует значительная вероятность того, что женщина бесплодна; и эта вероятность увеличивается месяц за месяцем до истечения второго года, в то время как по мере приближения конца третьего года это становится равносильно уверенности.

Бесплодие является одним из наиболее распространенных функциональных расстройств у женщин и одним из тех, которые чаще всего требуют гинекологической помощи.

Путем статистического изучения браков королевских и княжеских семей Европы и браков высших семей аристократии я узнал, что из 626 браков 70 были бесплодными; таким образом, соотношение бесплодных и плодотворных браков оказалось равным 1:8,87. Но в других кругах общества, насколько данные, относящиеся к этому вопросу, были доступны в моей практике, статистика бесплодия ни в коем случае не была столь неблагоприятной, соотношение составляло примерно 1 бесплодный союз на 10 плодотворных. Однако я должен указать, что эти статистические данные, как и все статистические данные о рождаемости, в определенной степени опровергаются тем фактом, что в определенном числе случаев, включенных в список бесплодных, мог произойти незамеченный аборт.

Симпсон в своем исследовании частоты бесплодных союзов обнаружил соотношение 1:8,5 (в 1252 случаях). В английской аристократии, где браки по большей части ограничены между членами сравнительно небольшого числа семей, это соотношение составляло 1:6,11 (495 случаев); с другой стороны, среди населения Грейнджмута и Батгейта, состоящего в основном из лиц, занятых мореплаванием и сельским хозяйством, соотношение бесплодных и плодотворных союзов составляло 1:10,5.

Спенсер Уэллс и *Мэрион Симс* в результате своих исследований дают соотношение 1:8.

Согласно *Зеелигманну*, в Гамбурге среди браков представителей всех классов общества 11,5% бесплодны. *Прохоник* обнаружил, что среди 2500 женщин, все из которых были замужем восемнадцать месяцев и более и ни одной из которых не было старше 40 лет, 9% не смогли забеременеть.

Согласно *Фрэнку* и *Бурдаху*, которые не публикуют цифры, на которых основана их оценка, только 1 брак из 50 оказывается бесплодным. *Левен*, который также приводит только свой процентный результат, утверждает, что 5% замужних женщин полностью бесплодны. *Хедин*, имея дело со шведским сообществом из 800 человек, утверждает, что процент бесплодных союзов едва достигает 10.

Согласно *статистическим исследованиям* Гелерта, в династии Капетингов из 450 браков 19,7% были бесплодными: в династии Виттельсбахов (Бавария) из 177 браков 23,7% были бесплодными; а среди правящих семей Германии (более 600 браков) 20,5% были бесплодными. В этом исследовании, однако, не уделяется внимания возрасту мужа или жены; браки и повторные браки классифицируются вместе без какой-либо дискриминации; и плодотворными считаются только те браки, в которых родился живой ребенок, так что союзы, считающиеся бесплодными, должны содержать множество союзов, в которых имели место аборты или мертворождения. В трех эстонских общинах в Ливонии *Эрен* обнаружил, что из 2799 браков 8,4% были бесплодными, но в этом случае также были проигнорированы мертворождения.

Анселл сообщает, что из 1919 браков женщин, принадлежащих к высшим классам, средний возраст которых составлял 25 лет, 152 оказались бесплодными, что составляет 1:12, или около 8%.

Мэтьюз Дункан передает следующие данные. В 1855 году в городах Эдинбург и Глазго было заключено 4447 браков, и из них 725 оказались бесплодными, что составляет 1:6,1; 75 из них, однако, могут быть исключены из рассмотрения, поскольку жены уже были в возрасте 45 лет и старше. Среди оставшихся 4372 браков 662 оказались бесплодными, что составляет 1:6,6. Другими словами, 15% всех браков женщин в возрасте от 15 до 44 лет оказались бесплодными.

Из Франции мы получаем цифры, показывающие гораздо более высокую долю бесплодных союзов. Согласно *Рошару*, во Франции в 1888 году из десяти миллионов семей у двух миллионов вообще не было детей, а у двух миллионов в каждой было по единственному ребенку, так что две пятых семей Франции не принимали практического участия в содержании населения. Согласно *Chevin*, во Франции соотношение бесплодных и плодотворных браков составляет 1:5. 20% полностью бесплодны, в то время как 24% демонстрируют бесплодие единственного ребенка.

Компания *Мортониз* Массачусетса сообщает, что, согласно последней переписи населения, пятая часть всех замужних женщин бездетна.

В Англии можно получить множество заслуживающих доверия статистических данных о частоте бесплодных браков. Среднее соотношение бесплодных и плодотворных союзов составило:

Среди пациентов больницы Святого Варфоломея	1:8
Среди жителей Грейнджмута	1 :10
Среди жителей Батгейта	1:10
Среди британского пэра	1:6
Среди высших классов	1:12
Среди жителей Эдинбурга и Глазго	1 :7

Мэтьюз Дункан составил следующую таблицу, касающуюся 504 абсолютно бесплодных женщин, встреченных в его практике:

Брачный возраст.	Количество лет в браке.						29.	Итоги.
	Менее 3.	С 4 по 8.	с 9 по 13.	с 14 по 18.	с 19 по 23.	с 24 по 28.		
с 15 по 19	12	19	15	4	7	2	1	60
с 20 по 24	70	66	37	24	13	9		219
с 25 по 29	47	51	20	8	8			134
с 30 по 34	26	20	8			1		
59	с 35 по 39	6	13	4				С 23
40 по 45	6	3						9
Итого	167	172	84	40	29	11	1	504

Анселл основывает на наблюдениях, сделанных им в отношении 152 бесплодных женщин, вывод о том, что больше нет никаких шансов на наступление беременности, если женщина:

Более 48 лет, и не имела ребенка в течение	2 лет
Старше 47 лет, и не имела ребенка в течение	3 лет
Старше 46 лет, и не имела ребенка в течение	4 лет
Старше 45 лет, и не имела ребенка в течение	6 лет
Старше 44 лет, и не имела ребенка в течение	8 лет
Моложе 44 лет, и не имела ребенка в течение	10 лет

Если мы примем во внимание также случаи приобретенного бесплодия, соотношение бесплодных браков к плодотворным становится еще более неблагоприятным, и это соотношение чрезвычайно возрастает, если, согласно *Грюневальдт*, мы причисляем к бесплодным женщинам тех, кто не может продолжать деторождение до нормального климактерического периода. *Грюневальдт*, имея дело примерно с 1500 женщинами, страдающими поражениями репродуктивных органов, исключил всех тех, кто был либо девственницами, либо вдовами, а также всех тех, кто на момент наблюдаемого бесплодия был старше 35 лет; таким образом, осталось более 900 женщин, страдающих поражениями репродуктивных органов, все из которых были половозрелыми и состояли в супружеских отношениях; из них почти 500 были бесплодными, 300 - с приобретенным бесплодием и 190 - с врожденным бесплодием. Таким образом, согласно этому наблюдателю, заболевание репродуктивных органов у женщин более чем в 50% случаев приводило к нарушению репродуктивной способности; примерно каждая третья женщина, ранее способная вынашивать детей, становилась бесплодной из-за заболевания репродуктивных органов; и среди каждых пяти гинекологических пациенток с состоянием, уже указанным в отношении возраста и полового акта, одна оказывается врожденно стерильной.

Однако не следует забывать, что рано или поздно после вступления в брак возникает искусственное бесплодие, его раннее или позднее проявление зависит от уровня цивилизации, а также от национальных и экономических условий людей и отдельных личностей. Этот факт нельзя упускать из виду.

Способ, которым у человеческого вида осуществляется оплодотворение, все еще далек от ясности во всех деталях; отсюда легко понять, что этиология бесплодия остается во многих отношениях неясной. Невозможно в каждом конкретном случае найти определенную причину. Принимая во внимание, что, с одной стороны, несмотря на существование кажущихся непреодолимыми препятствий, оплодотворение, тем не менее, может быть осуществлено; точно так же, с другой стороны, бесплодие может иметь место в случаях, когда все обстоятельства кажутся благоприятными для наступления зачатия. Следовательно, классификация различных разновидностей бесплодия с этиологической точки зрения является очень сложной задачей, и полученные таким образом выводы часто оказываются ошибочными.

Хотя нельзя отрицать, что механические причины способны приводить к бесплодию у женщин, *Симс* в своей защите механической доктрины бесплодия сильно перегибает палку. Его авторитет, однако, привел к всеобщему признанию этой доктрины, которая ни в коем случае не подтверждается фактами. Теория механической непроходимости, согласно которой бесплодие у женщин зависит от механических препятствий для прохождения сперматозоидов к яичникам, время от времени ярко иллюстрируется случаями, попадающими в поле нашего зрения, — случаями, природу которых вряд ли можно игнорировать; но совершенно неверно предполагать, что эта причинная связь объясняет *большинство* случаев бесплодия у женщин, и следует наложить строгие ограничения на применение хирургических мер, основанных на этой механической теории бесплодия.

Механистический взгляд был противопоставлен *фон Грюневальдт* доктрине, в которой особое внимание уделяется препятствиям внутриутробному вынашиванию, а бесплодие рассматривается как функциональное нарушение, вызванное поражением женских репродуктивных органов, делающее матку непригодной для инкубации яйцеклетки. Нельзя отрицать, что объяснение этого случайного влияния было ценным вкладом в теорию бесплодия, и бесспорно, что существуют многие патологические состояния матки,

способные вызвать бесплодие таким образом; но мы должны избегать ошибки, рассматривая эту доктрину как полное объяснение причины бесплодия.

Если, однако, обеих этих теорий бесплодия недостаточно, мы не можем рассматривать третью теорию, теорию *Мэтьюса Дункана*, как заполняющую пробелы в наших знаниях. Было бы крайне прискорбно, если бы этот автор был прав, утверждая, что все наши знания о причинах бесплодия сводятся к фразе “недостаточная репродуктивная энергия”; мы не можем согласиться с *Дунканом* в его убеждении, что “Бесплодие - это несовершенство, лишенное всех ощутимых, измеримых характеристик”; мы также не можем следовать за ним, когда он утверждает, что местные причины, будь то такие, которые препятствуют зачатию, или такие, которые препятствуют внутриутробному вынашиванию, имеют очень ограниченную сферу действия. *Мэтьюз Дункан* придерживается непостижимой точки зрения, когда рассматривает бесплодие как зависящее от закона природы, как условие, которое может затронуть отдельные классы или все население.

Согласно новейшей доктрине бесплодия, только в совершенно исключительных случаях женщина считается ответственной за возникновение бесплодия; напротив, в поражении обычно обвиняют мужские половые органы, которые в подавляющем большинстве случаев предположительно вызваны азооспермией, обычно зависящей от гонорейной инфекции; для сравнения, считается, что поражения женских репродуктивных органов играют совершенно второстепенную роль в этиологии бесплодия. Но, со своей стороны, хотя я и признаю важную роль гонореи у мужчин в возникновении бесплодия, я придерживаюсь мнения, что крайняя точка зрения, о которой только что говорилось, никоим образом не обоснована фактами.

Бесплодие, функциональное нарушение чрезвычайно сложной природы, может, на мой взгляд, быть наиболее полезно прояснено с этиологической точки зрения, если исходить из предположения, что для продолжения рода абсолютно необходимы три условия:

1. что овуляция протекает совершенно нормальным образом, созревание выпущенных яйцеклеток завершено;
2. что нормальные сперматозоиды имеют доступ к этим нормальным яйцеклеткам (конъюгация мужского и женского пронуклеусов);
3. что матка должным образом приспособлена для вынашивания оплодотворенной яйцеклетки.

Моя классификация разновидностей бесплодия соответствует следующим условиям продолжения рода:

1. бесплодие вследствие неспособности к овуляции;
2. бесплодие из—за некоторого препятствия конъюгации яйцеклетки и сперматозоида (под эту рубрику подпадают также те случаи, в которых виноват мужчина - азооспермия и тому подобное);
3. бесплодие вследствие неспособности к вынашиванию беременности.

Следует также признать, что существуют дополнительные причины бесплодия, причины, которые находятся вне нашего контроля. Более того, как я уже упоминал, в большинстве случаев бесплодия нам приходится иметь дело не с одной причиной, а с результатом двух или более взаимодействующих причин.

Неспособность к овуляции.

Неспособность к овуляции, первая и наиболее решающая причина бесплодия у женщин, может быть абсолютной и непоправимой или относительной и преходящей. Мы имеем дело с первым в случаях, когда яичники полностью отсутствуют или когда они поражены органическим заболеванием до такой степени, что становятся неспособными выполнять свою функцию овуляции; неспособность к овуляции, с другой стороны, относительна и преходяща при определенных патологических состояниях яичника и соседних органов, при неполном развитии или частичной атрофии яичников, при новообразованиях яичников, в случаях оофорита и периофорита, вследствие нарушений иннервации, заболеваний центральной и периферической нервной системы. периферическая нервная система, сильное эмоциональное расстройство, конституциональные расстройства, такие как сифилис, хлороз, анемия, всеобщий липоматоз, золотуха, алкоголизм и морфинизм, также вследствие изменений в питании и общем образе жизни или старческих изменений и, наконец, вследствие наследственных влияний.

Диагностика этиологического влияния подавленной или неполной овуляции на возникновение бесплодия у женщин порой сопряжена с большими и даже непреодолимыми трудностями. Состояние менструальной функции, подавление менструального цикла, регулярность или нерегулярность его возникновения действительно служат для информирования нас об общей активности или бездействии функции овуляции; но изменения в этой функции не дают определенной информации о том, фертильна женщина или бесплодна. Зная, что, вообще говоря, между менструацией и овуляцией существует тесная связь, мы действительно можем утверждать, что регулярные менструации и фертильность у женщин протекают параллельно, и более того, чем больше нерегулярность менструальной функции, тем больше склонность к бесплодию. В последнее время были достигнуты большие успехи в технике ручного исследования яичников, и с помощью вагинального и ректального бимануального исследования мы теперь можем получать точную информацию об отклонениях в размере, форме и положении этих органов, а также о любых других внутрибрюшных заболеваниях. Таким образом, мы смогли распознать ряд патологических состояний яичников, которые влияют на функции этих органов. В некоторых случаях также имеются общие симптомы, которые дают нам возможность делать более или менее достоверные заключения относительно состояния функций яичников; например, общее развитие женского организма, состояние наружных половых органов, вульвы, почечных артерий, лобковых волос, клитора и молочных желез. Опять же, мы можем извлечь информацию из различных проблем, на которые жалуются женщины; таких как крестцовая боль; ощущение тяжести и давления в области таза; чувство напряжения и стреляющие боли в груди; приливы к лицу; кровотечения из носа, рта или прямой кишки, повторяющиеся через регулярные промежутки времени и опосредованные по своей природе. Однако во многих случаях только после получения данных о возрасте, образе жизни и семейном анамнезе пострадавшего можно будет сделать выводы относительно причины бесплодия.

Женские репродуктивные железы, яичники, могут из-за нарушений развития в течение внутриутробной жизни либо полностью отсутствовать, либо они могут быть просто лишены определенных структурных компонентов, особенно их эпителиальных элементов. В первом случае мы имеем врожденное полное одностороннее или двустороннее отсутствие яичника, состояние, наиболее часто связанное с отсутствием или рудиментарным состоянием других частей репродуктивного аппарата; во втором случае мы имеем состояние, несколько неуместно названное врожденной атрофией яичника.

Полное отсутствие обоих яичников обязательно приводит к абсолютному бесплодию. Как врожденное отсутствие, так и врожденная атрофия яичников обычно обнаруживаются в сочетании с другими аномалиями половых органов. С другой стороны, отсутствие одного яичника ни в коем случае не влечет за собой бесплодия; напротив, при наличии единственного хорошо сформированного яичника овуляция обычно протекает совершенно нормальным образом. Когда такие женщины выходят замуж, беременность обычно наступает в нормальном соотношении случаев; и, в полном противоречии с одной из теорий определения пола, на которую был сделан намек, такие женщины рожают детей обоих полов.

Морганьи описал случай врожденного отсутствия обоих яичников у женщины 66 лет, у которой наружные половые органы, влагалище и матка были развиты несовершенно, но фаллопиевы трубы были нормального размера. Тщательный осмотр верхних границ широких связок матки не выявил следов яичника ни с одной стороны.

Куэйну девственницы 33-летнего возраста обнаружил рудиментарное влагалище со слизистой оболочкой, но слегка гофрированной; на верхнем конце этого прохода была полулунная складка, которая, вероятно, представляла матку. Яичники отсутствовали; маленькое железообразное тело, встроенное в левую стенку влагалища, рассматривалось им как рудиментарный яичник. Телосложение было женственным, женственным был и нрав; более того, у нее были ежемесячные периодические носовые кровотечения.

Атрофия яичников, которая обычно имеет место в климактерический период, более подробно описанная в разделе, посвященном менопаузе, имеет конституциональные последствия, аналогичные тем, которые зависят от отсутствия или врожденной атрофии яичников.

Рудиментарное состояние обоих яичников или двусторонняя атрофия этих органов, с сопутствующей атрофией всей репродуктивной системы или без нее, обычно влечет за собой бесплодие. В таких случаях, в дополнение к аменорее, мы обычно обнаруживаем, что грудь развита лишь незначительно, волосы на лобке скудные, большие и малые половые губы маленькие, в то время как сексуальный аппетит недостаточен, а во время полового акта женщина полностью пассивна. С другой стороны, мы не должны совершать ошибку, делая вывод из того факта, что сексуальный аппетит острый, а коитус доставляет удовольствие, что, следовательно, способность к овуляции нормальна. Даже после оперативного удаления обоих яичников некоторые женщины уверяли меня не только в том, что сексуальное влечение было таким же сильным, как и раньше, но даже в том, что они продолжали испытывать сексуальный оргазм в его полной интенсивности. Это аналогично хорошо известному факту, что мужчины, подвергшиеся кастрации после достижения половой зрелости, могут оставаться способными к половому акту. Исторически известно, что в лупанариях древнего Рима содержались кастрированные мужчины, чтобы женщины могли наслаждаться радостями полового акта, не опасаясь последствий; и говорят, что таких мужчин и по сей день можно встретить в итальянских публичных домах. В случае с низшими млекопитающими, по-видимому, существует правило, согласно которому, когда репродуктивные железы удаляются в ранней молодости, исчезают все следы сексуального влечения.

Неполное развитие яичников с последующей дефектной овуляцией может быть результатом брака у еще незрелых девочек — факт, уже известный *Аристотелю*, который писал: “преждевременный брак приводит к скудному потомству — то, что это имеет место как у

человека, так и у низших животных, засвидетельствовано слаборазвитыми жителями регионов, в которых распространены детские браки”.

Статистические данные показывают, что возраст, в котором наступает половое созревание, то есть возраст, в котором начинаются менструации, имеет отношение к бесплодию; и то же самое верно в отношении возраста вступления в брак. В первой связи женщины, у которых половое созревание наступает сравнительно рано, реже бывают бесплодны, чем те, у кого половое созревание наступает сравнительно поздно. *Эммет* в исследовании, охватившем 2330 случаев, показал, что в нашем климате средний возраст наступления первой менструации составлял 14,23 года, и что у женщин, которые впоследствии оказались фертильными, первая менструация произошла в среднем на 26 дней раньше, чем у женщин, которые впоследствии оказались бесплодными. Мы также узнаем из таблиц *Эммета*, что средняя продолжительность менструации и среднее количество выделений больше у фертильных женщин, чем у бесплодных.

Что касается влияния брачного возраста на фертильность, у женщин, вступающих в брак в возрасте от 20 до 24 лет, бесплодие встречается реже всего; чаще оно встречается у женщин, вступающих в брак в возрасте от 14 до 20 лет; после 25 лет доля бесплодных женщин увеличивается с каждым годом, до которого откладывается вступление в брак.

Преждевременная атрофия яичников с последующей неспособностью к овуляции может возникать при самых разных состояниях; она наблюдалась при золотухе, диабете, рахите, чахотке и малярийной кахексии; она также возникает при определенных хронических интоксикациях, например, при длительном употреблении опия или морфина, а также при злоупотреблении алкогольными напитками. Согласно наблюдениям *Буркарта*, *Левинштейна* и *Эрленмейера*, морфинизм - это состояние, которое может привести к аменорее и временному бесплодию в результате прекращения овуляции. Утверждалось, но никоим образом не доказано, что длительный прием хинина препятствует овуляции. В результате различных острых и хронических заболеваний может быть обнаружена простая атрофия фолликулов яичников, зависящая от простой жировой дистрофии; это было замечено *Гроз* у детей в результате общей атрофии, а также после казеозных и гнойных заболеваний органов дыхания; *Славянским* у детей после хронической пневмонии и дизентерии и у взрослых как следствие брюшного тифа, и в одном случае как следствие послеродового сепсиса.

Гиперплазия стромы яичников при более легких степенях поражения приводит к нарушениям менструального цикла, частично нервной и частично воспалительной природы, а при более тяжелых степенях приводит к бесплодию, зависящему от препятствий, которые утолщенная белочная оболочка создает для разрыва зрелых фолликулов. *Клебс* считает, что эта аномалия всегда обусловлена предрасположенностью, приобретенной очень рано в жизни, и, возможно, в то время, когда яичники только развиваются.

Фолликулярные кисты яичников, которые образуются в основном во время полового созревания и возникают под влиянием застойных менструаций из граафовских фолликулов, находящихся на стадии созревания, способны вызывать бесплодие из-за давления, которое они оказывают на поверхностно расположенные рудиментарные фолликулы, приводя к атрофии этих последних. Другие новообразования яичников обладают аналогичными эффектами, такие как аденома, карцинома, дермоидные кисты, цистомы, саркомы и фибромы. Однако во многих случаях этих нарушений фолликулы яичников могут долгое время оставаться незатронутыми; и в этих случаях овуляция, менструация и даже зачатие могут протекать без нарушений. Даже в тех случаях, когда новообразование достигает

больших размеров, если оно поражает только один яичник, овуляция может нормально произойти в другом и может наступить зачатие; и даже в больном яичнике, если небольшие участки его ткани остаются незатронутыми, яйцеклетки могут выделяться из этих участков. Мельчайшего участка здоровой ткани яичника, хотя все остальное было разрушено болезнью, может быть достаточно для зачатия.

Опухоли яичников, по-видимому, со значительной частотой осложняются бесплодием; но в таких случаях всегда остается открытым вопрос, следует ли в большинстве случаев рассматривать бесплодие как причину или как следствие заболевания яичников.

Цифры Буане, касающиеся этой проблемы, являются наиболее поразительными из всех. Он утверждает, что из 500 женщин с опухолями яичников 390 были бездетными. Но эти результаты оспариваются другими наблюдателями. По *оценкам* Вейта, основанным на обобщении данных *Ли*, *Сканцони* и *Уэста*, 34% женщин с опухолью яичников бесплодны. С другой стороны, *коллекция* Негрони из 400 случаев опухоли яичников, включая как замужних, так и незамужних, включала только 43 человека, которые никогда не были беременны. Другие списки показывают: 13 стерильных женщин из 45, страдающих опухолью яичников (*фон Сканцони*); 1 стерильная из 21 (*Нуссбаум*); 8 стерильных из 63 (*Ольсхаузен*). *Винкель* среди 150 бесплодных замужних женщин обнаружил 32, страдающих опухолью яичников, которая только в двух из этих случаев была двусторонней. По крайней мере, в 15 случаях опухоли яичников наблюдалось преждевременное прекращение менструаций в возрасте 30, 39, 40 и 42 лет соответственно.

Хотя во многих случаях бесплодие развивается одновременно с ростом кистомы яичника, однако у многих других женщин такие опухоли не влияют на снижение фертильности. *Мартин* в случае, когда имело место бесплодие в связи с односторонней кистой яичника, при этом другой яичник был здоров, беременность наступила после удаления больного яичника. В одном из таких случаев, после удаления кистомы яичника, *Мартин* проколол в другом яичнике водяничный фолликул, который достиг размера почти грецкого ореха. Беременность в этом случае также последовала за возобновлением супружеского акта. *Мюллер* сообщает, что в его клинике за последние годы беременность, осложненная опухолью яичника, наблюдалась в 7 случаях; в одном из этих случаев беременность наступила, несмотря на то, что новообразование было настолько большим, что почти заполняло брюшную полость. *Holst* сообщает о случае многоплодной женщины 43 лет, умершей на 18-20 неделе беременности; при вскрытии было обнаружено, что левый яичник преобразован в три кисты, каждая размером с яблоко, в то время как на месте правого яичника была медуллярная карцинома размером с голову мужчины; ни с одной стороны не было обнаружено следов нормальной ткани яичника. *Шпигельберг* у женщины, умершей вскоре после рождения второго ребенка, обнаружил, что оба яичника трансформировались в миксосаркоматозные опухоли; у женщины 42 лет, умершей через четыре недели после одиннадцатых родов, было обнаружено, что оба яичника трансформировались в узловые карциноматозные опухоли, каждая размером с голову ребенка; ни в одном из этих яичников не было обнаружено нормальной стромы. *Руге* сообщает о случае женщины 36 лет, у которой произошел выкидыш на шестом месяце беременности; у нее была миксосаркома обоих яичников, один из которых весил 5620 граммов, а другой - 480 граммов.

Все эти случаи указывают на то, что, несмотря на наличие обширной дегенерации обоих яичников, какой-то крошечный оставшийся фрагмент здоровой стромы яичника способен производить нормальные зрелые яйцеклетки — факт, который часто подтверждался также микроскопическим исследованием. На то, что под влиянием беременности существующие

опухоли яичников часто приобретают чрезвычайно быстрый рост, также указывают некоторые из вышеперечисленных случаев.

Кастрация (офориэктомия, удаление яичников, *операция Батти*), удаление обоих яичников, естественным образом приводит к бесплодию. Если в литературе по данному вопросу будут найдены случаи, когда после этой операции наступала не просто менструация, но даже беременность, это следует объяснить либо тем фактом, что в культе остался фрагмент яичника, все еще содержащий ткань, способную продуцировать зрелые яйцеклетки, либо существованием нештатного яичника. *Шатц* сообщает о случае женщины, у которой беременность наступила после двойной офориэктомии. В феврале 1880 года эта операция была проведена двадцатилетней девушке; в апреле 1884 года она вышла замуж; а в мае 1885 года у нее родился взрослый младенец женского пола. История болезни и детали операции ясно показали, что левый яичник был полностью удален вместе с самой внешней третью левой фаллопиевой трубы; правый яичник был вырезан таким образом, что в теле осталась полоска ткани шириной не более двух миллиметров (одна двенадцатая дюйма), в то время как правая фаллопиева труба осталась нетронутой. Этот случай учит нас, что наименьший остаток яичника способен сделать возможной нормальную беременность; и далее, что небольшой размер яичника не в большей степени является препятствием для надлежащего приема яйцеклетки в фаллопиеву трубу, чем аномально большой размер яичника или необычная форма этого органа.

Миклучо-Маккей рассказывает, что среди коренных жителей Австралии часто практикуется удаление яичников, чтобы создать особый вид гетер, неспособных становиться матерями. *Макджилливрей* видел в Кейп-Йорке девочку-туземку, у которой удалили яичники из-за того, что она была врожденной глухонемой, с целью предотвратить рождение ею глухонемых младенцев. В начале прошлого века в Сайн-Витгенштейне существовала небольшая религиозная секта, в обычае которой всегда заключать свои религиозные службы беспорядочным плотским союзом между членами общины; когда женщин и девочек впервые приняли в члены этой секты, была предпринята попытка сделать их непригодными для зачатия “посредством болезненного и опасного сжатия яичников”. (*Просьба.*)

Временное, относительное препятствие овуляции может быть вызвано различными патологическими состояниями яичников. Острый оофорит обычно приостанавливает функции яичников; хронический оофорит иногда вызывает аналогичный эффект не только потому, что глубокие изменения, происходящие в яичнике, препятствуют образованию яйцеклеток, но и потому, что, как мы позже объясним более подробно, затруднено изгнание яйцеклеток и их поступление в фаллопиевы трубы. При тяжелом оофорите и периоофорите, особенно при паренхиматозном воспалении, бесплодие может быть вызвано всасыванием мелкозернистого содержимого фолликулов, которые разрушаются со слипанием их стенок; когда таким образом поражаются все или большинство фолликулов, яичники становятся маленькими и твердыми.

При периоофорите экссудация приводит к образованию спаек в форме шнура или ленты между яичниками и широкими связками, маткой и прилегающими к ней складками брюшины. Яичник в таких случаях также может быть смещен или может подвергнуться атрофии от давления.

В случае с 200 бесплодными женщинами я обнаружил в 46 случаях хронический оофорит и периофорит. *Ольсхаузен* сообщает, что из 12 замужних женщин, страдающих хроническим оофоритом, пять были бесплодны, в то время как из оставшихся 7 только три родили более

одного ребенка. *Мэтьюз Дункан*, с другой стороны, наблюдал беременность в случае двустороннего воспаления яичников, при котором органы были значительно увеличены.

Кроме того, местный или общий перитонит может привести к паренхиматозному воспалению яичников, которое, распространяясь от периферии к центру органа, поражает фолликулы независимо от их зрелости. Опять же, в послеродовом периоде интерстициальная форма оофорита отнюдь не редкость, и иногда это может приводить к постоянному бесплодию любым из двух способов: это может быть следствием возникновения вторичного паренхиматозного воспаления, которое разрушает все фолликулы; это может быть связано с тем, что по периферии яичника образуется толстый и жесткий слой склерозированной ткани, который механически предотвращает созревание и разрыв фолликулов. Согласно *Славянскому*, послеродовые заболевания являются основной причиной этой формы оофорита. *Ольсхаузен* указывает в качестве наиболее частой причины первичного периофорита воспаление, распространяющееся из маточных труб, приводящее к образованию экссудативных масс, которые обволакивают яичник и из-за давления, которое они вызывают, и нарушения кровоснабжения приводят к атрофии железы.

Иногда хроническое воспалительное уплотнение, из-за которого строма яичника становится более плотной и упругой, обусловлено изменениями в сосудах и зависит от клапанных дефектов сердца - венозного застоя. Таким образом, болезни сердца могут препятствовать овуляции и приводить к бесплодию. Как сифилис, так и гонорея могут вызвать хронические воспалительные изменения в яичнике, обычно приводящие к преждевременному сокращению тканей и образованию многочисленных спаек. Согласно *Ольсхаузену*, аменорея не является распространенным признаком заболевания яичников, за исключением случаев неправильного развития этих органов, цирроза яичников и двусторонних новообразований. Заболевание, поражающее только один яичник, даже опухоль значительных размеров, редко вызывает аменорею, пока не наступят глубокие конституциональные нарушения. Исключение из этого правила встречается в случае карциноматозных опухолей яичника; они, действительно, обычно двусторонние; но даже когда они ограничены одним яичником, аменорея является сравнительно ранним симптомом. Согласно тому же автору, бесплодие является распространенным следствием хронического оофорита и его последствий, а также обычным явлением при двусторонних новообразованиях; с другой стороны, опухоли, поражающие единственный яичник, часто не в состоянии предотвратить зачатие, даже если они достигли больших размеров.

Сифилис у женщин следует рассматривать как частую причину бесплодия из-за нарушения овуляции, но в этом отношении ни в коем случае не является абсолютным препятствием для наступления беременности. По данным *Parent* и *Duchatelet*, под наблюдением которых в течение 12 лет ежегодно находилось в среднем 2625 проституток-сифилитиков, среднегодовое число рождений в этих случаях составляло всего 63. Согласно *Марку д'Эспину*, всего за год 2000 проституток родили в среднем двух-трех детей. (То, что помимо сифилиса существуют и другие причины поразительного бесплодия женщин города, будет объяснено позже). Согласно *Беднару*, *Майру* и другим, конституциональный сифилис у женщин неизменно приводит к бесплодию; другие, как, например, *Цейсл*, считают, что женщины, страдающие застарелым сифилисом, обычно, но не всегда, бесплодны; в то время как согласно *Розену*, зачатие происходит только у женщин-сифилитиков, у которых заболевание перешло в третичную форму. Однако опыт показывает, что ни ранние, ни поздние формы сифилиса не обязательно приводят к бесплодию у женщин. Следует также отметить, что сифилис у мужчин может быть причиной бесплодия, и должен быть его причиной, когда заболевание локализуется в яичках, и последующая дегенерация

железистого вещества приводит к возникновению азооспермии, особенно когда сифилитический или гумматозный орхит двусторонний. Согласно *Левину*, мы не можем найти сперматозоиды у 50% мужчин, в остальном сильных, страдающих сифилитической дискразией. *Нанс*, с другой стороны, не смог обнаружить азооспермию ни у одного из десяти мужчин, страдающих lues. Говорят, что у животных сифилис также вызывает бесплодие.

Способ, которым определенные аномалии крови (анемия и хлороз), общие нарушения нервной системы, лихорадочные состояния и такие конституциональные нарушения, как золотуха, оказывают временное или постоянное влияние на задержку овуляции, далек от понимания; но тот факт, что овуляция задерживается при таких состояниях, не подлежит сомнению многочисленными наблюдениями. Хорошо известно, что тяжелые лихорадки, особенно брюшной тиф, приостанавливают функцию яичников; что при различных хронических заболеваниях ослабляющего характера, и особенно при хлорозе, исчезают все признаки менструальной активности; и что при определенных нарушениях питания, таких как крайнее ожирение, также возникает аменорея; наконец, зарегистрированы многочисленные случаи, когда какое-либо внезапное поражение нервной системы мгновенно подавляло активность яичников.

При анемии и хлорозе, вероятно, степень менструальной гиперемии недостаточна для обеспечения разрыва граафова фолликула. Бесплодие, часто наблюдаемое как следствие брюшного тифа, малярии, острой экзантемы, холеры и сепсиса, вероятно, в большинстве случаев обусловлено возникновением паренхиматозного оофорита с последующим разрушением фолликулов яичников. Исследования *Славянского* показали, что при острых заболеваниях в граафовых фолликулах часто происходят воспалительные изменения. Когда инфекционные заболевания протекали остро, этот наблюдатель обычно обнаруживал, что паренхиматозное воспаление яичника возникло ближе к периферии, в кортикальном слое, при этом разрушение ограничивалось почти исключительно примитивными фолликулами; когда течение первичного заболевания было более хроническим, разрушались зрелые или почти зрелые фолликулы граафа. Когда воспаление фолликула привело к его разрушению, он заменяется линейным рубцом. *Лебединский* обнаружил аналогичные изменения в яичнике после скарлатины — разрушение меньшего или большего количества фолликулов с образованием рубцов. Таким образом, паренхиматозный оофорит, как последствие острого заболевания, может, в тяжелой форме, привести к разрушению всех рудиментарных фолликулов с последующим бесплодием. При вскрытии таких случаев состояние яичников аналогично тому, которое в другом месте этой работы описывается как характерное для этих органов после менопаузы: яичник уменьшается в размерах, его поверхность изборозждена бороздами, ткань уплотняется вследствие чрезмерного разрастания фиброзной ткани; часто на срезе органа не обнаруживается ни одного фолликула.

Неумеренное ожирение - это нарушение питания, способствующее возникновению бесплодия.

У женщин с очень большим ожирением в возрасте, который обычно является репродуктивным расцветом, аменорея или скудные менструации являются очень распространенным сопровождением. В 215 таких случаях, которые были под моим собственным наблюдением, аменорея присутствовала в 49, а менструации были скудными в 116; таким образом, почти у трех четвертей этих женщин с ожирением менструации были либо недостаточными, либо полностью отсутствовали. Весьма примечателен также высокий процент бесплодных женщин среди страдающих ожирением. В уже упомянутых 215 случаях (все замужние женщины) 48 были бесплодны - процент от 21. В то время как обычное соотношение бесплодных и плодотворных браков составляет 1:10 или 1:9, в случаях, когда

жены или и жены, и мужья страдают ожирением, соотношение, по моим собственным наблюдениям, составляет 1:5—или, если мы включим случаи бесплодия единственного ребенка, 1:4.

Мы не можем удивляться такой высокой частоте бесплодия у женщин с ожирением, если вспомним, что, помимо нарушений менструального цикла, которые так часто сопровождают это нарушение питания, ожирение может повлечь за собой множество других заболеваний репродуктивных органов, таких как, например, болезненное состояние матки и вагинальных выделений, хронический метрит и смещения матки; тем не менее, нельзя отрицать, что во многих случаях мы не можем обнаружить у таких женщин с ожирением каких-либо нарушений репродуктивных органов, способных объяснить бесплодие, и поэтому мы должны предположить, что чрезмерное накопление жира оказывает некоторое прямое влияние на репродуктивную функцию. в предотвращении овуляции или, по крайней мере, в том, что она каким-либо образом оказывает неблагоприятное влияние на репродуктивный процесс.

То, что чрезмерное ожирение препятствует фертильности, доказано опытом как в растительном, так и в животном царстве. Все животноводы знакомы с тем фактом, что чрезмерное производство жира ограничивает фертильность. Таким образом, в равной степени как в случае с индюшками, так и в случае с обычной домашней птицей, если куры перекармливаются и становятся жирными, они перестают откладывать.

Гиппократ уже указывал на ожирение как на причину бесплодия. Описывая жен скифов, он указал в качестве доказательства того, что их чрезмерная тучность была причиной бесплодия, от которого они обычно страдали, на тот факт, что их худые рабыни легко оплодотворялись при половом акте со скифскими мужчинами. Часто повторяющееся сокращение и исчезновение правящих семей в Индии и Египте, несомненно, частично зависело от крайней тучности женщин-консORTов таких правителей.

Действительно, во многих случаях большого скопления жира в передней части живота и в области вульвы достаточно, чтобы вызвать простое механическое препятствие надлежащему выполнению оплодотворяющего полового акта. Возможно также, что флегматичный темперамент очень полных женщин является причиной их бесплодия — если действительно в целом верно, что фригидность во время полового акта неблагоприятна для зачатия, как выражается старая поговорка, *что похотливее, то хуже*. Бесспорно, что у женщин с очень большим ожирением сексуальная чувствительность обычно сильно ослаблена, и что их мужья часто жалуются на их холодность и отсутствие страсти. В нескольких случаях, которые были под моим наблюдением, диспареуния наблюдалась у женщин с ожирением и бесплодных женщин.

Зависимость бесплодия от ожирения часто доказывается самым поразительным образом *ex juvantibus*. “Лечение” для уменьшения жировых отложений часто приводит к благоприятным результатам в том смысле, что женщина, подвергшаяся ему, становится легко неприступной — результат, которого ни в коем случае нельзя горячо желать.

Следует также отметить, что женщины с очень большим весом составляют значительную часть тех, кто страдает от бесплодия у единственного ребенка, и это в значительной степени является следствием их сильной предрасположенности к абортam. По мере увеличения оплодотворенной матки места для ее размещения становится недостаточно из-за сильного развития жировой оболочки, и, таким образом, ожирение, подобно внутрибрюшной опухоли, предрасполагает к аборту. Чрезмерное накопление жира в брюшной полости из-за давления на нижнюю полую вену или ее основные притоки препятствует венозному возврату

и вызывает хронический застой в кровеносных сосудах матки, как в мышечных, так и в слизистых оболочках.

Несмотря на то, что бесплодие так часто встречается у женщин с очень большим весом, факт остается фактом: некоторые такие женщины удивительно фертильны и имеют действительно очень большие семьи.

тауэрс-Смит, Дюк и родригес, которые в последнее время все вместе занимались изучением взаимосвязи между ожирением и бесплодием, сходятся во мнении, что бесплодие, вызванное ожирением, может быть излечено диетологическим лечением для облегчения первичного нарушения обмена веществ.

Хотя менструация обычно недостаточна или отсутствует у бесплодных женщин с ожирением, и хотя обычно предполагается, что аменорея подразумевает бесплодие, необходимо отметить, что, хотя отсутствие менструации является частым и важным признаком подавления овуляции, оно ни в коем случае не имеет неизменного значения. Это установленный факт, подтвержденный моим личным опытом, что женщины, у которых никогда не было менструаций, тем не менее забеременели; другие, опять же, забеременели, хотя менструации у них прекратились на несколько лет, и это происходило даже у женщин в сравнительно преклонном возрасте. Следовательно, исходя из факта существования аменореи, мы не можем с уверенностью заключить, что женщина стерильна. Более того, мы должны помнить, что женщины с физиологической аменореей достаточно часто забеременевает - во время лактации. Хотя мы придерживаемся мнения, что существует тесная связь между овуляцией и менструацией, тем не менее, в случаях, когда менструация не наступает, всегда возможно, что овуляция имела место, но стимул, который этот процесс оказал на репродуктивные органы, был недостаточным, чтобы вызвать обычный приток крови.

Я лично наблюдал следующий примечательный случай: миссис Б., 26 лет, прожила в бесплодном браке шесть лет, у нее никогда не было менструаций, и у нее никогда не было кровянистых выделений из половых органов. Тело было изящной формы, грудь была довольно хорошо развита, наружные половые органы не имели никаких отклонений. За несколько недель до консультации со мной эта женщина, до сих пор бездетная и состоявшая в регулярных половых сношениях со своим мужем, заметила заметное увеличение живота. Другой врач, с которым она консультировалась, диагностировал опухоль яичников и настаивал на операции. Однако более тщательное обследование органов малого таза показало, что женщина была на шестом месяце беременности, и этот диагноз был должным образом подтвержден рождением доношенного ребенка. В другом из моих случаев женщина вышла замуж в возрасте 45 лет, у нее прекратились менструации двумя годами ранее. Она забеременела и родила ребенка вполне нормальным образом. Следующий поучительный случай также попал под мое личное наблюдение: жена одного из моих коллег, прожившая в бесплодном браке 17 лет, страдающая крайним ожирением, с момента полового созревания менструировала, но скудно и с большой нерегулярностью. Менструальный интервал составлял несколько месяцев, и когда выделения все-таки появились, они были бледного цвета и небольшого количества; более того, они продолжались всего день или два. Прошлой зимой выделения, как обычно, не появлялись в течение нескольких месяцев, и поскольку женщина в то же время стала толще, чем когда-либо, были назначены турецкие бани и энергичные мышечные движения. Результатом этого лечения был поразительный аборт. После 17 лет супружеской жизни она впервые забеременела.

В случае бесплодных женщин с аменореей, даже если аменорея никогда не прерывалась менструальными выделениями или когда она, по-видимому, полностью зависит от ожирения, тем не менее, необходимо быть чрезвычайно осторожным при постановке диагноза и, прежде всего, при использовании внутриматочного зондирования. Я знал, что в таких случаях самые выдающиеся гинекологи невольно приводят к аборту.

Кливленд, Годфруа, Хашек, Ритчи, Соммерус, Старк, Тейлор и Янг - все они сообщили о случаях, когда беременность наступала у женщин, страдающих аменореей; но все такие случаи следует рассматривать как совершенно исключительные. *Шукитс* обследовал 8000 половозрелых женщин и обнаружил среди них только четырнадцать, у которых никогда не было менструаций. Из них четыре были многопараметрическими.

Сен-Мулен сообщает о случае с 24-летней женщиной, у которой никогда не было менструаций, но которая, тем не менее, забеременела и родила прекрасную девочку. Одним из наиболее ярких случаев такого рода является случай, о котором сообщил *Родзевич*, касающийся женщины, у которой впервые начались менструации в возрасте 36 лет. Однако эта женщина вышла замуж в пятнадцатилетнем возрасте, и в последующие двадцать один год она родила 15 детей, все это время страдая аменореей.

Пуч сообщает о случае женщины, у которой прекратились менструации в возрасте 40 лет и оставалась аменорея в течение последующих шести лет. Затем менструации повторялись в течение года и, наконец, окончательно прекратились вследствие наступления беременности, которая закончилась нормальным рождением здорового мальчика. *Лоуи*, у женщины 31 года, которая ранее всю свою жизнь страдала аменореей, менструация впервые появилась вскоре после рождения ее шестого ребенка. *Ольфельд* наблюдал за женщиной, которая была матерью восьмерых детей и у которой никогда не было менструаций.

Кригер сообщает о наблюдаемом *Майером* случае с женой артиста, которая в возрасте от 17 до 28 лет родила пятерых детей и сделала один аборт. После 22 лет у нее не было никаких следов менструальных выделений, но, несмотря на это, впоследствии она родила троих детей. *Кригер* сам видел женщину, которая родила своего последнего ребенка в возрасте 33 лет, и у которой сейчас, в возрасте 48 лет, менструации только что полностью прекратились. Два года спустя нерегулярные менструальные выделения возобновились; когда они прекратились, оказалось, что женщина снова забеременела, и у нее, как обычно, родилась полноценная девочка.

Реноден рассказывает о случае с женщиной 60 лет, которая родила ребенка, менструации у которой прекратились 12 годами ранее. *Дешайес* наблюдал роды у женщины 50 лет, через два года после наступления нормальной менопаузы. *Кэпврон*, цитирует легкость женщины, которая забеременела в возрасте 65 лет. В этом случае менструация повторилась, прекратившись много лет назад при нормальной менопаузе. Эта женщина сделала аборт на третьем месяце беременности, и плод был хорошо сформирован.

В таких случаях позднего зачатия, которые происходят после нормального прекращения менструальной активности, мы не можем быть уверены, имеем ли мы дело с простым сохранением активности яичников, связанным с временным или постоянным прекращением менструации; или обе функции, овуляция и менструация, прекратились и были вызваны к возобновлению активности какой-то определенной причиной. Вполне возможно, что при половом акте мы имеем такой стимул, способный вновь пробудить дремлющие функции яичников. Предположить, что это может быть так, нас заставляет тот факт, что беременность в необычно преклонном возрасте чаще всего наступает в результате позднего вступления в

брак. В скандинавских странах, где трудности с обеспечением семьи настолько велики, что очень большое количество браков неизбежно откладывается на сравнительно поздний возраст, число беременностей у пожилых женщин соответственно велико. Однако беременность на поздних сроках жизни наступает также у женщин, рано вышедших замуж, и наиболее вероятным предположением для объяснения таких случаев является то, что овуляция произошла при отсутствии менструации.

Хотя в этих случаях утверждается предположение, что аменорея ни в коем случае не эквивалентна неспособности к овуляции, тем не менее, первое, несомненно, следует рассматривать как в целом наиболее важный признак нарушенной овуляции. Когда женщина достигает 20-летнего возраста, ни разу не менструировав или даже не испытав менструальной боли, мы можем в подавляющем большинстве таких случаев справедливо заключить, что имеет место полная или частичная недостаточность развития яичников и репродуктивного аппарата в целом. В некоторых из этих случаев обследование выявляет тот факт, что матка находится в младенческом состоянии. Когда мы сможем добиться регулярного установления менструаций, мы можем надеяться также устранить бесплодие, зависящее от неполноценной функциональной способности яичников. Общеукрепляющее лечение для облегчения хлоротической аменореи у ранее бесплодных замужних женщин так же часто приводит к наступлению беременности, как это происходит в случаях аменореи и бесплодия из-за ожирения, когда это последнее состояние было устранено и менструации восстановились благодаря соответствующему диетическому лечению. Гораздо реже удается облегчить бесплодие золотушных (туберкулезных) лиц, поскольку в большинстве таких случаев вследствие золотушных (туберкулезных) конституциональных нарушений в яичниках уже в ранней молодости произошли патологические изменения, которые трудно или чаще невозможно устранить.

Золотуха (туберкулез), согласно моему собственному опыту, является конституциональным заболеванием, которое из всех наиболее часто и серьезно влияет на овуляцию; и, по-видимому, яичники подвержены изменениям, вызванным этим заболеванием, подобным тем, которые происходят в других железистых органах. В случаях, когда невозможно установить причину существующего бесплодия, наличие рубцов из-за золотушных (туберкулезных) изменений в лимфатических железах может служить индикатором, указывающим на то, что способность к овуляции была уничтожена или серьезно снижена в раннем возрасте золотушным (туберкулезным) заболеванием.

Среди причин бесплодия эти три состояния: анемия, хлороз и золотуха (туберкулез), играют ведущую роль; действительно, их значение в этой связи до сих пор недооценивалось, особенно в отношении сравнительной частоты, с которой они вызывают бесплодие. Значительная часть благоприятного воздействия на облегчение бесплодия у женщин, оказываемого “лекарствами” в различных местах орошения, зависит от улучшения, которое таким образом достигается при вышеупомянутых конституциональных нарушениях.

Предполагалось, что диабет, который делает мужчин импотентами, способен также вызывать бесплодие у женщин. *Хофмайер* сообщает случай, который представляется решающим в этом вопросе. У женщины 20 лет, у которой менструации были регулярными с 14 лет до годичной давности, когда кровотечения прекратились, он обнаружил чрезвычайно маленькую матку, всего 5 см (2 дюйма) в длину, чрезвычайно атрофированную, яичники также атрофированы и очень маленькие; в моче содержалось большое количество сахара. Несомненно, это был случай атрофии репродуктивных органов, вторичной по отношению к диабету.

В Англии, где чрезмерное употребление алкоголя очень часто наблюдается как у женщин, так и у мужчин, бесплодие часто рассматривалось как результат хронического алкоголизма. *Мэтьюз Дункан* сообщает о случаях, которые приводят к убеждению, что алкоголь оказывает особенно пагубное воздействие на фертильность. Помимо общих или конституциональных нарушений, зависящих от злоупотребления алкоголем, этот возбудитель во многих случаях оказывает хорошо известное патогенное воздействие на женские репродуктивные органы, патологическим состоянием, которое наиболее часто и наиболее легко приписывается этой причине, является хронический оофорит. Ожирение, которое так часто является результатом чрезмерного употребления алкоголя, является дополнительной причиной бесплодия.

Считается, что некоторые лекарства, особенно хинин и морфин, вызывают бесплодие. *Дэвис*, возрождая старое мнение, считает, что из всех лекарств танин является наиболее эффективным средством, приводящим к бесплодию, и ответственным за этот эффект он считает чаепитие.

Установлено влияние определенных церебральных поражений и психических расстройств на проверку овуляции. Так, *де Монтель* недавно показал, что в семьях, подверженных наследственным психическим расстройствам, наблюдается необычайно большая доля (1:7) бесплодных браков.

Кроме того, известно, что существует множество факторов, предотвращающих или уменьшающих овуляцию у низших животных, и поэтому можно предположить, что они со значительной вероятностью оказывают аналогичный эффект у женщин. Более конкретно нас здесь интересуют внешние воздействия, неблагоприятно влияющие на питание и иннервацию, а следовательно, и на овуляцию; также близкое родство между участниками полового акта; и, наконец, наследственная предрасположенность. Доказано, что у животных содержание в неволе, воздействие холода, перенапряжение, недостаточное или неподходящее питание и инбридинг приводят к бесплодию.

Doubleday утверждал, что “слишком обильное поступление питательных веществ препятствует размножению, тогда как, с другой стороны, недостаточное или неправильное питание способствует репродуктивной активности и увеличивает количество потомства”. *Спенсер*, однако, справедливо указывает, что бесплодие, наблюдаемое при этих обстоятельствах, не является прямым результатом благополучия, а зависит от патологического ожирения, которое, таким образом, порождается перекармливанием.

Не менее интересны наблюдения, которые были сделаны относительно бесплодия у животных в условиях изоляции. У таких животных наблюдаются большие различия. Некоторые отказываются от совместного проживания или потеряли сексуальное желание; другие, опять же, проявляют чрезмерное сексуальное желание и сожительствуют слишком часто, без какого-либо результата; или даже если происходит оплодотворение, часто происходит аборт. В других случаях, хотя зачатие следует после полового акта, и животные доживают до полного срока до родов, детеныши рождаются мертвыми или слабыми и уродливыми. Птицы в клетке часто вообще не откладывают яиц или их очень мало; а если и откладывают, то пренебрегают своими яйцами; или, если их насиживают, яйца не вылупляются. Во Франции эксперименты по этому вопросу проводились с домашними птицами. Если курам была предоставлена большая свобода, только 20% яиц оставались

невылупившимися; при меньшей свободе 40% яиц были неудачными; в то время как если куры содержались в курятнике, 60% яиц оставались невылупившимися.

“Были получены убедительные доказательства того, - пишет *Дарвин*, - что у диких животных, недавно лишившихся свободы, в самой значительной степени снизилась плодовитость. Это бесплодие не зависит от какой-либо дегенерации репродуктивных органов. Есть много животных самых разнообразных видов, которые, хотя и свободно совокупляются в неволе, не могут при таких обстоятельствах зачать; другие же, даже если они зачинают и рожают живых детенышей, рожают их в количестве, которое, несомненно, намного меньше, чем было бы, если бы родители находились в свободном состоянии”.

Интересные наблюдения были сделаны голубеводами. Они утверждают, что когда голуби воспитываются в одной гнездовой паре, количество их потомства обычно очень мало.

Влияние неблагоприятных температурных условий, будь то чрезмерная жара или холод, на фертильность очень велико. В случае с голубями, например, если голубятня расположена рядом с обогреваемой стеной жилого дома, голуби иногда начинают откладывать уже в январе и могут выводить птенцов до восьми раз за один год. С другой стороны, когда в голубятне холодно, количество выводков меньше. В целом, способность к размножению летом выше, чем зимой.

Что касается инбридинга, то зарегистрировано множество фактов, свидетельствующих о влиянии этой практики на рождение уродливого потомства и бесплодие. *Дарвин* пишет: “Если бы в чистой расе, характеризующейся определенной склонностью к бесплодию, мы позволили бы спариваться только братьям и сестрам, через несколько поколений этот род вымер бы”. Если у животных близкородственная по крови пара, то количество их потомства всегда меньше среднего.

Однако в случае с человеческим видом влияние брака ближайших родственников на снижение фертильности нельзя считать определенно доказанным.

Иногда неспособность к овуляции и обусловленное ею бесплодие являются наследственными— как бы парадоксально это ни выглядело. Необходимо предположить, что точно так же, как сперматозоиды иногда непригодны для эффективного оплодотворения, так и яйцеклетки могут быть в меньшей или большей степени невосприимчивы к оплодотворению. Действительно, при нынешнем состоянии наших знаний мы не в состоянии точно определить точную природу такой неспособности. Возможно, что окружающая яйцеклетку мембрана различается по своей устойчивости к проникновению, как *утверждает Шенк*, это было доказано в отношении некоторых низших млекопитающих. В своих экспериментах по искусственному оплодотворению вне тела матери он установил, что клетки, полученные из *discus proligerus*, окружающие яйцеклетку в непосредственном контакте с прозрачной зоной, в некоторых случаях легко отделяются друг от друга, так что сперматозоиды могут легко получить доступ к прозрачной зоне; тогда как в других случаях, когда яйцеклетка имеет тот же размер и, по-видимому, находится на той же стадии созревания, что и раньше, эти клетки остаются тесно связанными друг с другом и, таким образом, препятствуют прохождению сперматозоидов. Это состояние яйцеклетки, столь неблагоприятное для оплодотворения, может передаваться по наследству в определенных семьях, и его передача может сделать определенных представителей потомства бесплодными. Такие случаи, как следующие из моей собственной практики, отнюдь не редкость. Из трех сестер, семейная жизнь которых была мне хорошо известна, у одной был только один ребенок, девочка, в то время как две другие остались бездетными. Девушка во втором поколении вышла замуж и осталась бездетной. В Англии хорошо известно, что когда

в случаях бесплодия единственного ребенка отпрыск женского пола, этот ребенок, вероятно, сам будет бесплоден. *Гальтон* обнаружил, что в случае с 14 наследницами (т. е. единственными детьми богатых родителей), все из которых были замужем, 8 оставались абсолютно бесплодными, в то время как у остальных по 2 единственных ребенка.

Раньше считалось, что, когда женщина рождает близнецов разного пола, младенец женского пола оказывается бесплодным, и это бесплодие связано с дефектным развитием ее репродуктивного аппарата. *Джон хантер* (Animal economy) установил, что в случае телят-близнецов противоположного пола половые органы самки-близнеца почти всегда были развиты несовершенно. Но предположение, что это верно и для человеческого вида, не было подтверждено опытом. Я знаю нескольких замужних женщин, у которых были братья-близнецы, и эти женщины родили нормальных детей; однако число их потомства удивительно мало. *Симпсон* в Эдинбурге зафиксировал результаты брака 113 женщин, родившихся с братьями-близнецами; из них 103 оказались плодовитыми, а 10 (то есть примерно одна одиннадцатая от общего числа) бесплодными, хотя из этих последних женщин одна была замужем более 5 лет, а остальные 9 - в течение периодов от 10 до 40 лет. *Симпсон* также рассказала историю четырех женщин, которые все были плодами тройных родов, некоторые из которых состояли из двух мальчиков и одной девочки, другие - из двух девочек и одного мальчика. Все четыре эти женщины были роженицами. Опять же, женщина, у которой было четверо детей (три мальчика и одна девочка), сама родила тройню. Совокупность всех доступных мне цифр, относящихся к этому предмету, указывает на то, что около десяти процентов женщин, родившихся при таких обстоятельствах, оказываются бесплодными — соотношение, которое близко соответствует показателю бесплодия в целом.

Вмешательство в конъюгацию, Условия, препятствующие доступу сперматозоидов к яйцеклетке.

Условием, необходимым для оплодотворения, является материальный союз между половыми продуктами мужчины и женщины соответственно — акт конъюгации. Таким образом, все условия, препятствующие доступу сперматозоидов к яйцеклеткам, приводят к бесплодию.

Поскольку сперматозоид и яйцеклетка в норме, большое разнообразие патологических состояний может препятствовать доступу одних к другим. Для оплодотворения необходимо, чтобы зрелая яйцеклетка покинула яичник, попала в фаллопиеву трубу и там вступила в контакт с мужской спермой. Вмешательство в любой из этих предметов первой необходимости может привести к бесплодию.

Таким образом, может быть нарушено строение самой яйцеклетки; или может не произойти нормального проникновения яйцеклетки в фаллопиеву трубу; дефекты на этих самых ранних стадиях процесса оплодотворения как раз и являются самыми распространенными и важными. Выход яйцеклетки из фолликула граафа может быть затруднен или полностью предотвращен патологическими состояниями яичника; опять же, воспалительные процессы в яичнике, трубах или связках, дефекты развития в трубе и препятствия внутри нее могут препятствовать попаданию яйцеклетки в трубу и ее свободному прохождению по трубе. Многочисленные аномалии и заболевания матки могут, с одной стороны, препятствовать попаданию яйцеклетки в полость матки, а с другой - препятствовать восходящему продвижению сперматозоидов к их цели. Среди состояний, способных вызвать эти эффекты, мы должны перечислить: смещения матки, структурные изменения в этом органе и его оболочке, а также другие врожденные дефекты и приобретенные состояния; более конкретно следует упомянуть инфантилизацию матки, приобретенную атрофию матки,

изгибы и разновидности матки, новообразования и воспалительные состояния этого органа, аномалии формы или размера шейки матки и, наконец, все состояния влагалища или вульвы, которые препятствуют правильному выполнению полового акта.

При диагностике причины бесплодия, при определении того, вызвано ли оно в каком-либо конкретном случае каким-либо препятствием для необходимой конъюгации между мужскими и женскими репродуктивными элементами, мы должны в первую очередь установить наличие или отсутствие любого из многочисленных состояний, которые препятствуют правильному прохождению яйцеклетки из яичника по фаллопиевой трубе внутрь матки. Более простые механические препятствия для зачатия, такие как смещение матки или опухоли этого органа или его приложения, легко распознать; и то же самое верно в отношении атрезии шейки матки и врожденного или приобретенного стеноза влагалища. При наличии облитерации или стриктуры половых путей необходимо провести очень тщательное обследование, визуальное, пальцевое и инструментальное, не забывая о ректальном исследовании. Нередко аменорею связывают с заболеванием яичников, и только впоследствии при местном обследовании устанавливается, что причиной является атрезия гименеи с гематокольпозом; многие женщины считали себя беременными, пока обследование не выявило тот факт, что девственная плева все еще цела и что коитус до сих пор осуществлялся через мочеиспускательный канал. Важность этих стенотических состояний как причин бесплодия, однако, не следует переоценивать, поскольку, хотя они являются общими среди препятствий к зачатию, препятствие далеко не всегда непреодолимо.

Патологические изменения в выделениях половых путей, при которых жизнеспособность сперматозоидов может быть разрушена до того, как они успеют достичь яйцеклетки и произвести оплодотворение, трудно диагностировать, поскольку условия, от которых зависят такие изменения, еще не были должным образом исследованы.

Заболевания яичников и фаллопиевых труб.

Среди состояний, которые, несмотря на нормальное завершение созревания яйцеклетки, могут препятствовать конъюгации между мужскими и женскими элементами, мы должны в первую очередь рассмотреть аномальное состояние белочной оболочки яичника, утолщение этой оболочки вследствие воспалительных процессов или новообразования соединительной ткани, в результате чего расхождение фолликула затрудняется или полностью предотвращается. Такие утолщения оболочки яичника являются остатками периодических процессов.

Такое препятствие к зачатию может быть постоянным или преходящим, и, таким образом, зависящее от этого бесплодие может быть относительным или абсолютным. Сходным является эффект воспалительных процессов, поражающих брюшинную оболочку матки, широкие связки и брюшину, покрывающую дно малого таза; эти состояния, такие как периметрит, перисальпингит и тазовый перитонит, приводят к образованию толстых и обширных псевдомембранозных полос или, в менее тяжелых случаях, оставляют лишь небольшие спайки и нити, которые смещают матку и яичники с места и, таким образом, затрудняют или делают невозможным зачатие.

Спайки по периметру могут приводить к смещению труб вперед или назад, чаще всего в мешок Дугласа, что приводит к бесплодию. *Рокитанский* и *Вирхов* уже настаивали на огромной важности периметрических процессов в возникновении бесплодия.

То, что врожденные дефекты фаллопиевых труб могут привести к бесплодию, действительно возможно, но, безусловно, встречается редко. Дефект может быть односторонним или двусторонним; или может отсутствовать только часть одной трубки. Двустороннее отсутствие маточных труб обычно связано с дефектным развитием матки, в то время как яичники могут быть внешне нормальными. Такой случай описан *Ферстером* и *Куссмаулем*. Влагалище открывалось в мочеиспускательный канал, матка не была откалибрована и расходилась вверх на два сплошных рога, к которым прикреплялись круглые связки и яичники. Врожденную причину бесплодия можно найти также в атрезии труб, брюшные оконечности которых закрыты; это состояние встречается и у других млекопитающих. Также предполагается, с меньшей точностью, что нештатное устьевое отверстие может привести к бесплодию вследствие того, что яйцеклетка, попавшая в нормальное устье, возвращается в брюшную полость через нештатное отверстие. Неблагоприятное влияние на фертильность оказывает также форма гиперплазии маточных труб, которая иногда возникает вследствие неправильного развития во время полового созревания; маточные трубы, чрезмерно увеличиваясь в длину, приобретают змеевидную форму вместо того, чтобы быть почти прямыми; это приводит к накоплению выделений и затрудняет прохождение яйцеклетки. (*Freund*.) Еще одним дефектом развития, который, как указал *Клебс*, может привести к бесплодию, является отсутствие фимбрии, которая обычно удерживает брюшное отверстие фаллопиевой трубы вблизи яичника, и в этом случае эти структуры могут быть разделены большим интервалом.

Таким образом, проникновение плодного яйца в трубу может быть затруднено из-за аномалий брюшного отверстия трубы или фимбрий; но в еще большей степени это имеет место, когда поражена слизистая оболочка трубы. Бахромчатая кайма отверстия маточных труб имеет отчетливую склонность к самостоятельному заболеванию. Как показали *анатомико-патологические исследования* *Клебса*, в этой области часто происходят воспалительные изменения, приводящие к сокращению. В этом случае свободный край трубки, по-видимому, сужен чрезмерным разрастанием фиброзной ткани на серозной поверхности, отверстие, таким образом, сужено или даже полностью закрыто, в то время как сами фимбрии могут втягиваться внутрь отверстия. В других случаях кольцо фимбрий прикрепляется к какой-либо соседней части, особенно к самому яичнику, когда он также поражен. Далее, на окаймленном крае трубки мы видим сосочковые разрастания, телеангиэктазы или отек с образованием кистозных полостей.

Во внутренней части труб также происходят патологические процессы, катаральные воспаления, геморрагические или гнойные выделения, полностью закупоривающие проход. В некоторых случаях эти выделения приводят к сильному растяжению и даже к разрыву трубы. Таким образом, среди причин бесплодия следует перечислить: простой катар маточной трубы с отеком слизистой оболочки; гнойный катар, приводящий к ее расширению гноем—пиосальпинкс; серозный выпот в маточную трубу - гидросальпинкс; и геморрагический выпот - гематосальпинкс; далее, та особая форма воспаления маточных труб, описанная *Киари* и *Шаута* под названием узловатого сальпингита, при котором гиперплазия мышечной оболочки разрыв трубки происходит через неравномерные промежутки времени, так что кажется, что она усеяна узлами. Особого упоминания заслуживает также гонорейный сальпингит, который впоследствии будет подробно описан.

Воспалительные состояния маточной трубы могут препятствовать зачатию либо механически, из—за отека слизистой оболочки, либо из-за закупорки просвета маточной трубы выделениями, повреждения или разрушения мерцательного эпителия, поражения мускулатуры маточной трубы, влияющего на ее перистальтические движения - все это

затрудняет или полностью предотвращает прохождение яйцеклетки вниз или сперматозоидов вверх; или, опять же, химически, из-за вредного влияния многих болезненных выделений, которые образуются при этих условиях, на жизнеспособность маточной трубы. яйцеклетки или сперматозоиды. Эти воспалительные состояния труб могут также приводить к стриктуре или облитерации их брюшных окончаний или к смещению устьев и, таким образом, приводить к бесплодию; в других случаях те же состояния, приводящие к искривлению и смещению трубы, могут препятствовать прохождению яйцеклетки вниз, оставляя возможным прохождение сперматозоидов вверх, и, таким образом, приводить к трубной беременности — состоянию, которое мы сейчас рассматривать не будем.

Не следует забывать, что туберкулез половых путей особенно часто поражает трубы; в этих органах мы можем обнаружить милиарные бугорки и чаще всего диффузные казеозные массы, полностью заполняющие просвет канала. Наконец, мы должны упомянуть различные формы мешковидного расширения труб (нем. "*Tubensäcke*"), все из которых обладают общими патологическими характеристиками расширения труб и их превращения в мешковидные полости; содержимое этих расширенных труб может, однако, быть чрезвычайно разнообразным, и такие состояния могут зависеть от многочисленных механических нарушений и воспалительных процессов матки и ее прилегающих тканей.

Когда мы рассматриваем, насколько распространенными во время половой жизни женщин являются perioфоритные воспаления, более или менее интенсивные, но часто без серьезных симптомов (и, следовательно, склонные оставаться незамеченными); когда мы вспоминаем, что сам процесс овуляции, а также послеродовой период создают возможности для возникновения легкого или тяжелого тазового перитонита; и когда мы далее принимаем во внимание частоту и важность гонорейного тазового перитонита — мы не можем не признать, что результаты этих патологических состояний, таких как спайки между яичником и устьем закупорка маточных труб с последующим гидро- или пиосальпинксом должна считаться одной из основных причин бесплодия. Если частота и важность этих состояний все еще недооценивается, то для этого можно привести две причины: во-первых, как упоминалось ранее, более легкие степени внутрибрюшного воспаления часто не поддаются диагностике; и, во-вторых, даже когда лечение носит чисто выжидательный характер, экссудаты часто рассасываются, спайки рассасываются, и способность к зачатию постепенно полностью восстанавливается.

При рассмотрении этиологии приобретенного бесплодия особое внимание должно быть уделено гонорейному пиосальпинксу, наиболее важному и опасному из патологических проявлений гонорейной инфекции у женщин. Гонорейный сальпингит и перисальпингит являются очень серьезными заболеваниями, в первую очередь потому, что они склонны вызывать оофорит и perioфорит, а также тазовый перитонит и другие местные воспалительные состояния. Крошечное маточное отверстие фаллопиевой трубы и направленное вниз движение ресничек внутри трубы в совокупности предохраняют от проникновения гонококков, но, тем не менее, они тоже часто попадают по трубе, и небольшое количество гонорейного гноя попадает в полость малого таза и вызывает воспаление, в котором участвует яичник.

Согласно *Сэнгеру*, это гонорейное заболевание оболочки матки встречается с особой частотой у женщин, либо полностью стерильных, либо страдающих бесплодием единственного ребенка, и должно рассматриваться как причина их бесплодия; "бесплодие действительно является правилом, фертильность - исключением, во всех случаях, когда гонорейная болезнь распространилась за пределы наружного отверстия матки". Тот же

автор утверждает, что, оставляя в стороне туберкулез и актиномикоз, если в случае инфекционного воспаления оболочки матки, септическая инфекция может быть исключена, и особенно когда заболевание поражает обе трубы, когда оно неохотно поддается лечению и когда рецидивы часты, у нас нет другого выбора, кроме как полагать, что заболевание гонорейного происхождения.

В 155 случаях хронического воспалительного заболевания фаллопиевых труб *фон Ростхорн* смогла в 37 случаях доказать, что поражение было прямым результатом гонорейной инфекции.

Однако недавно *Noble* опубликовала примеры, которые заставляют нас полагать, что даже пиосальпинкс не обязательно предотвращает наступление беременности. При операции по удалению одностороннего пиосальпинкса была вскрыта матка и удален семимесячный плод. В другом случае при вскрытии женщины, скончавшейся от тяжелого перитонита, возникшего сразу после родов, был обнаружен большой пиосальпинкс.

Закрытие устья также может быть вызвано хроническим метритом и эндометритом, хроническими катаральными состояниями слизистой оболочки матки и в целом патологическими изменениями в этой оболочке, связанными с местной гиперемией или аномальными выделениями. В некоторых случаях сальпингит с последующим бесплодием является результатом послеродовой инфекции; и такая последовательность событий особенно распространена после аборта с последующим ретрофлексированием матки, приводящим к удлинению и искривлению труб.

Важным препятствием для проникновения плодного яйца в матку иногда являются полипы или миомы матки; вырастая из дна, они могут настолько заполнить полость матки, что отверстия маточных труб кажутся полностью закупоренными.

Также иногда довольно маленькие миомы, растущие близко к трубам, могут выталкивать эти последние вверх, закрывая их и, таким образом, приводя к стерильности; такие миомы также могут приводить к мешковидному расширению труб, как это произошло в следующем случае:

Г-жа С., 39 лет, родила одного ребенка в 20-летнем возрасте, но с тех пор была бесплодна. В течение нескольких лет она страдала от обильной меноррагии. Из-за огромного утолщения брюшной стенки бимануальное исследование матки было невозможно; влагалище было расслаблено, увеличено и содержало избыток слизистого секрета. Матка располагалась высоко в малом тазу, вывернута вперед, увеличена, подвижна, чувствительна к давлению; влагалищный проход был увеличен, мягок и изъязвлен; опухоли не было обнаружено ни в матке, ни в маточном приложении. Менструации повторялись с интервалом в две-три недели, длились от одной до двух недель и были чрезвычайно обильными; менструации были болезненными. Пока пациентка находилась под моим наблюдением, совершенно внезапно началось обильное менструальное кровотечение с небольшим повышением вечерней температуры (38,2 °C—100,8 °F.), но с сильным общим расстройством; были приступы интенсивной боли в животе, сильная рвота зеленоватыми желчными массами, которые через некоторое время становились геморрагическими, живот был напряжен и чувствителен к давлению, была сердечная слабость с общим упадком сил; лечение оказалось безрезультатным, и пациентка умерла в результате коллапса на третий день. Вскрытие показало: подслизистая, париетальная и подсерозная фиброма матки, правый гематосальпинкс, синусовый пиосальпинкс, перитонит. Субсерозная миома размером примерно с горошину находилась в середине дна матки; подслизистая миома размером примерно с каштан, заполняющая полость матки, прорастала из задней стенки тела матки;

интрамуральная миома размером примерно с фасолину находилась в правой стенке тела матки. Обе трубы были сильно удлинены и имели змеевидные изгибы. Правая трубка была сильно раздута и заполнена кровянистой жидкостью; левая, частично спавшаяся, содержала серовато-зеленое гноевое вещество с чрезвычайно неприятным запахом; часть этой жидкости просочилась через брюшное отверстие в брюшную полость. Смерть в этом случае наступила с большой быстротой вследствие разрыва пиосальпинкса и эвакуации его содержимого в брюшную полость.

Кистозные образования в круглой связке (гидроцеле круглой связки) иногда приводят к бесплодию. В виде удлиненных опухолей размером примерно с куриное яйцо они могут заполнять паховый канал и даже переходить в большие половые губы. Будучи такими большими, как эти, они требуют оперативного вмешательства. *Хенниг* приводит случай, когда подобное гидроцеле круглой связки стало причиной бесплодия, длившегося 14 лет, когда женщина забеременела после того, как опухоль была удалена хирургическим путем. Аналогичным образом, бесплодие может зависеть от солидных опухолей круглых связок — миомы, фибромиомы или саркомы.

Ретроматочное гематоцеле часто приводит к бесплодию. Как правило, до образования кровяной опухоли в Дугласовом мешке возникают различные нарушения менструального цикла, особенно меноррагия; или этому может предшествовать какое-либо послеродовое заболевание, особенно периметрит, который сам по себе серьезно ограничивает фертильность женщины, пораженной таким образом; но когда гематоцеле присоединяется, ее способность к деторождению значительно серьезнее нарушается из-за постоянного смещения матки, периферических выделений, спаек, образующихся вокруг яичника, и стриктуры или закупорки труб. Тем не менее, бесплодие ни в коем случае не является неизбежным следствием гематоцеле.

Многими предполагается, что в случаях, когда трубы совершенно нормальны, нарушения иннервации способны вызвать бесплодие (или трубную беременность). Предполагается, что нервные воздействия влияют на функции маточных труб, приводя к спастическим контрактурам кольцевых мышечных волокон этих структур или, в других случаях, к параличу; таким образом, нервное расстройство может привести к задержке в трубе неоплодотворенной (или уже оплодотворенной) яйцеклетки.

Заболевания матки.

Патологические изменения в матке могут различными путями приводить к бесплодию, в зависимости от предотвращения конъюгации (физического контакта мужских и женских репродуктивных органов). Таким образом, неспособность к оплодотворению может, с одной стороны, зависеть от препятствий для прохождения яйцеклетки из трубы внутрь матки; или, с другой стороны, от некоторого ненормального состояния вагинальной части шейки матки, вследствие чего предотвращается прохождение сперматозоидов из влагалища в матку; или, наконец, от смещений матки или патологических структурных изменений в этом органе, вследствие чего затрудняется имплантация оплодотворенной яйцеклетки в полость матки и ее развитие в ней.

Матка может полностью отсутствовать, но это чрезвычайно редкое состояние; гораздо реже встречается рудиментарное состояние этого органа. В последнем случае он либо представлен узловатым зачатком, либо имеет коническую или двурогую форму; какой бы ни была его форма, это твердая масса мышечной и соединительной ткани. В связи с отсутствием или рудиментарным состоянием матки влагалище также может отсутствовать или быть представлено просто маленьким глухим мешочком; фаллопиевы трубы в таких

случаях могут быть либо нормально развитыми, либо рудиментарными. Количество наблюдавшихся случаев такого рода очень велико (*Куссмауль, Клебс, Куско, Клинкош-Хилл, Круз, Фройнд, Фюрст, Энгель, Гуссеров, Nega, Kiwisch, Rokitansky, Braid, Jackson, Люка, Дюплея, Дюпюитрена, Ренодена, Креде, Саксингера* и многих других).

Матка и влагалище могут отсутствовать в тех случаях, когда вульва развита совершенно нормальным образом, венерическая артерия выступает, как обычно, и покрыта надлежащим ростом волос. *Ормерод* и *Куэйн* сообщили о случаях такого рода, когда внешние половые признаки были признаками вполне зрелой, идеально развитой женщины, но у которой полностью отсутствовали матка и яичники.

Эти дефекты развития обязательно влекут за собой полное бесплодие. Иногда в течение жизни причину бесплодия полностью упускают из виду и обнаруживают только случайно или при посмертном исследовании. Хотя влагалище обычно в значительной степени разделяет дефекты матки и в период полового созревания претерпевает лишь зачаточное развитие, супружеский акт таких людей обычно кажется совершенно нормальным. В результате часто повторяющихся и энергичных попыток полового акта рудиментарное влагалище приспособляется к потребностям конкретного случая; и даже когда влагалище отсутствует, рудиментарное углубление, которым оно представлено, растягивается в большой глухой мешок, способный вместить эрегированный пенис. В других подобных случаях пенис сам находит какой-то ненормальный канал, и муж может продолжать заниматься половым актом в течение длительного периода, не обнаруживая в этом ничего необычного. Иногда расширяется мочеиспускательный канал, который частично берет на себя функцию влагалища; в других случаях половой акт осуществляется один за другим.

Следующий наиболее примечательный случай произошел под моим собственным наблюдением. Муж пациентки был врачом, который, тем не менее, находился в полном неведении о ненормальностях своей жены. Женщине было 26 лет, она была среднего роста, несколько тучная, грудь умеренно хорошо развита, волосы на лобке хорошо отросли. Она заявила, что до замужества у нее регулярно были менструации, и что менструации прекратились только после того, как она вышла замуж четыре года назад, — заявления, которые, несомненно, были ложными. Она консультировалась со мной по поводу аменореи и бесплодия, которые, по мнению ее мужа, зависели от ее растущего ожирения. Осмотр показал, что влагалище вмещало два пальца и было 10 см (4 дюйма) в длину; но оно было полностью слепым, а слизистая оболочка была поразительно гладкой. При бимануальном исследовании можно было обнаружить только зачаток матки, образование размером не больше лесного ореха; яичники не прощупывались.

Аналогичный случай зафиксирован *Хелпнером*. 31-летняя финская крестьянка обратилась к нему за консультацией по поводу аменореи и бесплодия. Она была замужем 12 лет, и ни до брака, ни после у нее не было менструаций или периодических опосредованных кровотечений. Лобок и большие половые губы были тонко покрыты волосами; последние были очень вялыми, но слегка выпуклыми; нимфы свисали наподобие фартука на целый дюйм ниже генитальной щели и были очень тонкими; клитор был развит лишь слегка. Сосочек уретры был нормального размера, лакуны вокруг него были очень хорошо заметны; отверстие уретры имело форму зигзагообразной щели. За этим последним находилось отверстие, окруженное расходящимися складками, и это был вход в глухой проход длиной около двух дюймов; однако это отверстие не могло быть идентифицировано как *introitus vaginae* по той причине, что там не было *carunculae myrtiformes*, и, кроме того, отсутствовала мозолистость слизистой оболочки, характерная для влагалищного отверстия. Однако за сильно выступающей губной комиссурой ладьевидная ямка выглядит как отдельное

углубление. Слепой проход был покрыт мягкой, бледно-красной слизистой оболочкой и был полностью лишен каких-либо следов *columnæ rugarum*; на конце этого прохода не было ни рубца, ни уплотнения. При ректальном исследовании не прощупывалось никаких следов матки, нормального влагалища или яичников, несмотря на то, что стенки брюшной полости были очень вялыми, и поэтому обследование было легким. Общая конфигурация была женственной, грудь - дряблой и зависимой, талия и бедра - женскими.

Тауффер сообщает о случае женщины 25 лет, состоящей в браке 2 с половиной года, абсолютно страдающей аменореей; при обследовании у нее была обнаружена атрезия влагалища с зачаточным развитием матки. Груды были маленькими, в венерических венах было мало жира, но они были густо покрыты волосами, половые губы и клитор были нормальными.

Р. Леви описывает случай, когда у пациентки 19 лет отсутствовала матка, хотя общее физическое развитие было таким же, как у нормальной женщины. Груды были хорошо сформированы, как и наружные половые органы; глухой проход длиной 4 см (1,6 дюйма), вмещающий два пальца, представлял собой влагалище. В положении, которое обычно занимают яичники, находились два органа, которые, несомненно, были зачатками этих органов. Менструальная молимина никогда не наблюдалась.

Фон Хоффманн, проводя посмертное обследование пожилой замужней женщины, обнаружил, что влагалище заканчивалось вслепую на глубине 6 см (2,4 дюйма), в то время как матка была представлена просто пирамидально расположенным пучком волокон в широкой связке. *Лисснер* сообщает о случае, в котором врач первым обратил внимание мужа на то, что у его жены нет матки.

Зиль у замужней женщины 57 лет обнаружил полное отсутствие матки; влагалище заканчивалось вслепую в полудюйме от поверхности; трубы и яичники присутствовали. *Бойду* замужней женщины 72 лет обнаружил слепое влагалище длиной в полдюйма и матку, представленную узловатым зачатком на задней стенке мочевого пузыря.

В литературе по данному вопросу также зарегистрированы редкие случаи, в которых, несмотря на отсутствие матки, присутствовали нормальные яичники, и в этих последних происходило периодическое созревание граафовских фолликулов. Случай такого рода был описан *Бурггрейвом*.

К полному бесплодию приводит также сохранение зародышевого состояния матки. В этих случаях матка сохраняет ту форму, которой она обладала в начале второй половины внутриутробной жизни. Влагалищный проход лишь слегка выступает во влагалище, а наружное отверстие матки выглядит как небольшое округлое отверстие. Шейка матки сравнительно длинная и широкая, а складки на слизистой оболочке цервикального канала полностью сформированы. Тело матки развито несовершенно, треугольной формы, с тонкими стенками; оно короче шейки матки, и внутри него отмечены складки слизистой оболочки, сходящиеся к зеву. В этих случаях менструации отсутствуют или скудны; другие репродуктивные органы, включая грудь, обычно находятся в состоянии задержки развития. Женщины с эмбриональной маткой способны к половому акту и выполняют большинство функций своей сексуальной жизни, по-видимому, нормальным образом; однако они неизменно стерильны.

Аналогичной причиной бесплодия является состояние, известное как инфантильная матка, при котором в период полового созревания матка не претерпевает изменений, свойственных этому периоду, и остается в состоянии, характерном для младенчества. Шейка матки непропорционально большая, в то время как тело матки имеет цилиндрическую форму, а

слизистая оболочка, выстилающая ее полость, всегда гладкая. Мышечное вещество чрезмерно тонкое. Влагалище может быть нормальным, иногда, однако, оно узкое, а слизистая оболочка менее морщинистая, чем обычно. В связи с инфантильным состоянием матки мы часто, но отнюдь не неизменно, обнаруживаем несовершенное развитие наружных половых органов, половых губ, клитора и влагалища; венерическая гора лишь тонко покрыта волосами; груди маленькие. Как правило, менструации полностью отсутствуют. Иногда отсутствуют яичники. Это инфантильное состояние матки ни в коем случае не является чрезвычайно редким. Согласно *данным* Бейгеля, среди 155 бесплодных женщин у четырех матка была инфантильной.

Среди 200 случаев бесплодия, в которых мне удалось провести поиск причины, я обнаружил 16 случаев инфантильной матки. Ни в общей физической конфигурации этих женщин, ни в состоянии их менструальной функции не было каких-либо заметных отклонений; однако в состоянии наружных половых органов в случаях дефектного развития матки и яичников определенные бросающиеся в глаза особенности были, по моему опыту, почти неизменными и поэтому заслуживали пристального внимания. Венерическая гора была чрезвычайно маленькой, иногда полностью лысой или очень тонко покрытой волосами; и волосы, когда они присутствовали, не отличались завитушками, которые обычно наблюдаются на лобке замужних женщин. При осмотре в каждом случае можно было обнаружить матку, уменьшенную во всех своих диаметрах из-за задержки развития.

Скудность или полное отсутствие волос на лобке у взрослых женщин с хорошо развитыми внутренними репродуктивными органами является исключительным явлением, было показано в исследовании, недавно проведенном *Р. Бергом* по этому до сих пор игнорируемому вопросу. Из 2200 человек, занимающихся подпольной проституцией, он обнаружил, что волосы на лобке крайне скудны у 148, а область гениталий почти или полностью облысела у 6. Он утверждает, что ранний интенсивный рост волос на лобке является достоверным признаком раннего сексуального развития; но он отмечает, что мнение *Аристотеля* о том, что женщины, у которых волосы на лобке небольшие или отсутствуют, всегда бесплодны, ошибочно.

Примечание.—Утверждение автора относительно крайней редкости отсутствия волос на лобке у женщин с правильно развитыми внутренними репродуктивными органами, хотя и справедливо для европейских женщин, применимо не ко всем расам. У японских женщин, например, волосяной покров на лобке, как правило, гораздо реже, чем у европейских женщин; и полное или почти полное облысение венерис ни в коем случае не является редкостью. Исключением является густой и энергичный рост волос на гениталиях у японских проституток.—*Пер.*

В Талмуде есть интересная ссылка на этот предмет, согласно которой можно предположить, что женщина бесплодна, если к 20-му году ее жизни лобковая область еще не покрыта волосами, если груди не развиты, если коитус затруднен и если тон голоса мужской.

Мадам Буавен, Дюжес, Люмп и Пфау утверждают, что развитие матки от инфантильного состояния до состояния, характерного для половозрелой девственницы, часто происходит очень поздно и очень медленно; и что женщины, у которых мы находим матку в инфантильном состоянии, могут позже начать менструацию и забеременеть. Было высказано предположение, что в этих случаях имела место путаница с первичной приобретенной атрофией матки. Тем не менее, недавно замечательный пример убедил меня в том, что в случаях инфантильной матки необходимо проявлять максимальную осторожность, утверждая, что женщина постоянно бесплодна. Замужняя женщина консультировалась у

меня несколько лет назад по поводу аменореи и бесплодия; обследование ясно показало, что матка находится в младенческом состоянии, и по этой причине не я один, а несколько ведущих гинекологов заверили ее, что нет никакой надежды на то, что она когда-либо станет матерью; однако недавно, после десяти лет бесплодного брака, она благополучно родила здорового ребенка.

Подвид состоит из опушенной матки, матки, которая действительно в период полового созревания претерпела определенную степень развития, но не достигла нормальных размеров; в таких случаях менструации регулярные, но иногда болезненные. Эта форма остановки развития матки может привести к бесплодию, которое, однако, часто оказывается излечимым, когда частыми половыми сношениями и зависящей от них гиперемией стимулируются половые органы до завершения процесса развития; тогда мышечная сила матки становится достаточной, и дисменорейные проблемы исчезают. В целом можно сказать, что если рудиментарная или несовершенно развитая матка вообще способна выполнять функцию вынашивания ребенка, необходимые изменения иногда происходят в органе с поразительной быстротой и приводят к нормальной беременности и родам.

Единороговость матки, возникающая сама по себе и не связанная с другими дефектами или ошибками в развитии, не является причиной бесплодия. Женщины с единорогой маткой, с дополнительным рогом или без него, менструируют, зачинают и проходят беременность и роды совершенно нормальным образом; действительно, некоторые женщины с этим дефектом развития родили близнецов. Предположение о том, что единороговая матка предрасполагает к аборту, не всегда справедливо. Однако, если беременность наступает в рудиментарном роге, разрыв плодных оболочек неизбежен, и яйцеклетка или эмбрион попадает в брюшную полость, что обычно сопровождается смертельным кровотечением. Разрыв обычно происходит между третьим и четвертым месяцами жизни плода (месяцами по четыре недели каждый).

Двурогая матка, с которой может быть связано или не быть дублирование влагалища, как правило, не создает никаких препятствий для зачатия; и то же утверждение верно также в отношении двурогой матки или перегородки. Женщины с этими дефектами развития могут рожать здоровых детей; и у некоторых таких женщин родились близнецы, каждый плод занимал отдельную половину матки. Тем не менее, роды при двойной матке и влагалище происходят редко. Такие случаи были опубликованы *Лазаревичем*, *Личкусом* и *Кесмарским*. В очень редких случаях двурогости матки, связанной с двойным влагалищем, препятствием для зачатия является тот факт, что при половом акте используется только одна сторона двойного влагалища, более крупная, и что это слепой проход.

В случаях двурогой задней перегородки матки условия, касающиеся беременности и родов, аналогичны тем, которые возникают при двурогой матке. Двойная матка, *uterus didelphys*, состояние, при котором матка представлена двумя полностью разделенными половинами, каждая из которых развилась в независимый орган, наблюдалось, как показал *П. Мюллер*, как у взрослых, так и у младенцев; это состояние не создает препятствий для зачатия, если, конечно, как это произошло в случае с *болезнью Тауффера*, влагалище рудиментарно, так что нормальный половой акт невозможен. *Satschoma* сообщает о случае дидельфита матки, при котором беременность наступила одновременно в обеих полостях матки.

Необходимо проводить тщательное различие между врожденным состоянием, известным как инфантильная матка (т. е. Врожденная атрофия), и приобретенной атрофией матки, поражающей весь орган или любой из его сегментов, тело или шейку матки; последнее состояние может быть лишь временным и излечимым препятствием для зачатия.

Приобретенная первичная атрофия матки возникает у слаборазвитых девочек, которые незадолго до возраста, в котором матка обычно претерпевает трансформацию во взрослое состояние, страдали от конституциональных нарушений, от хлороза или анемии, или от какого-либо другого истощающего заболевания. Матка в этом случае маленькая, вялая и вялотекущая, она обычно согнута вперед, с небольшим, часто незначительным влагалищным отверстием; передняя губа этой структуры не выступает из свода влагалища; влагалище обычно короткое и узкое. Эта форма атрофии матки отличается от эмбриональной и, в частности, от младенческой матки тем фактом, что между телом и шейкой матки не существует диспропорции, что мышечная стенка лучше развита и что общая конфигурация матки скорее соответствует нормальной матке половозрелой женщины. Лица с первичной атрофией матки, кроме того, отстают в общем развитии своих половых признаков; груди маленькие, волосы на лобке скудные, менструации недостаточные или совсем отсутствуют, в то время как тяжелые дисменорейские проявления обычны.

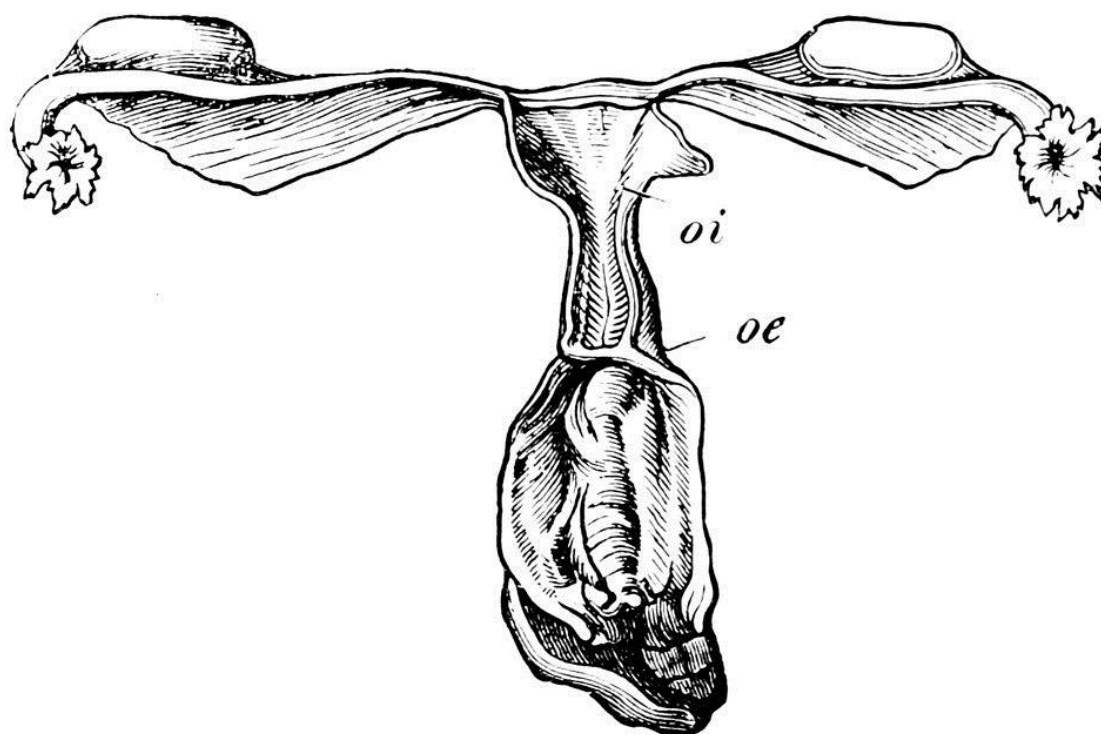


Рис. 70. —Врожденная атрофия матки (по Вирхову), oi, внутреннее устье; oe, внешнее устье.



Рис. 71.

При благоприятных обстоятельствах, когда конституция становится более сильной, в этих случаях первичной атрофии матки происходит улучшение; матка подвергается дальнейшему развитию, менструации становятся более обильными, и женщина может забеременеть. Однако такого благоприятного прогноза нельзя ожидать, если сильное искривление матки связано с атрофией органа; или если яичники также атрофированы.

Бесплодие также является результатом послеродовой атрофии матки. Это состояние является следствием тяжелых послеродовых заболеваний, метрита, параметрита, и периметрита; иногда, даже при отсутствии таких воспалительных процессов, это происходит из-за послеродовой гиперинволюции, возникающей особенно у женщин, ранее слабого телосложения, и проявляется в том факте, что, несмотря на отлучение ребенка от груди, менструальные выделения на месяцы прекращаются. Матка теряет свою упругую консистенцию; иногда она укорачивается, иногда достигает нормальной длины, но стенки всегда сильно истончены, так что, как указывает *Шредер*, звук можно легко ощутить через брюшную стенку. Послеродовая атрофия является излечимым состоянием, так что бесплодие, зависящее от этого заболевания, не обязательно является постоянным. Так, в случае с *болезнью П. Мюллера* женщина, у которой роды двойней сопровождались крайней атрофией матки с хорошо выраженными симптомами, как объективными, так и субъективными, снова забеременела через восемнадцать месяцев после прерывания беременности двойней.

Другие формы атрофии матки оказывают вредное воздействие, аналогичное тому, которое оказывает послеродовая атрофия, как, например, атрофия из-за давления опухолей матки или солидных опухолей яичников; или, опять же, атрофия из-за дефектной иннервации органов малого таза, возникающая при различных формах паралича и характеризующаяся аменореей и крайними размерами матки. *Фон Сканцони* наблюдал несколько случаев, когда молодые женщины, ранее здоровые и с регулярными менструациями, страдали параличом нижних конечностей, а затем страдали от аменореи и сильного сокращения матки; в некоторых из этих случаев было проведено вскрытие, которое выявило наличие истинной атрофии матки. *Жак* наблюдал аналогичный случай атрофии матки у женщины, которая была напугана, став свидетельницей штурма баррикады перед своим домом; ей тогда было 22 года, и она родила второго ребенка за полтора года до этого; с тех пор у нее была полная аменорея, и ее матка имела длину всего 3 см. (1,2 дюйма).

Смещения матки (сгибы и варианты) и аномалии шейки матки относятся к числу состояний, которые приводят к бесплодию, препятствуя конъюгации — препятствуя необходимому физическому контакту между мужскими и женскими репродуктивными органами. Частота, с которой эти заболевания приводят к бесплодию, однако, далеко не так велика, как обычно утверждают те, кто придерживается механической теории зачатия.

Патологические изменения в шейке матки.

В очень ранние времена внимание врачей было обращено на аномалии формы шейки матки, которые создавали препятствия для поступления спермы в матку. Среди античных писателей, которые обращались к этому вопросу, следует особо упомянуть имена *Гиппократ* и *Сорана*.

Нормальная шейка матки (рис. 72) имеет форму сплюснутого эллипсоида, перфорированного по всей своей продольной оси. Делая продольный разрез цервикального канала, мы видим, что он расширен посередине и сужается к обоим концам, имея, таким

образом, форму веретена; внутренний зев, однако, несколько меньше внешнего. Последний (наружное отверстие матки, ос тинкей, часто именуемый без уточнений "ос") обычно имеет форму поперечной трещины, которая, однако, больше склоняется к круглой форме, чем она меньше и чем шире разделены ее края. В детстве, вследствие складывания его краев, наружный зев обычно имеет радиальную форму, позже он становится округлым и только с достижением половой зрелости принимает форму поперечной щели. Эта форма сохраняется на протяжении всего периода активной половой жизни; но после климактерического периода, вследствие разделения краев отверстия, оно становится еще более округлым.

Что касается сильно различающихся размеров и формы влагалищного отверстия, можно сказать, что в целом его передняя губа *кажется* короче из-за меньшей глубины переднего свода влагалища, но на самом деле передняя стенка цервикального канала длиннее задней; фактическая длина передней губы влагалищного отверстия, измеренная от вершины переднего свода, составляет от $\frac{1}{2}$ до 1 см (0,2-0,4 дюйма), в то время как длина задней губы от вершины заднего свода до конца губы составляет $1\frac{1}{2}$ см (0,6 дюйма) и выше. Положение шейки матки таково, что из-за косого направления длинной оси матки, добавленного к абсолютно большей длине передней губы шейки матки, плоскость, пересекающая концы двух губ, обращена почти прямо назад. Ось влагалищного отверстия образует прямой угол с осью влагалища; канал шейки матки, однако, обычно не прямой, а имеет небольшое S-образное искривление. Средняя длина цервикального канала в девственной матке составляет 3 см. (1,2 дюйма). (*Лотт.*)

“Идеальная” форма шейки матки и наружного отверстия матки описана *Симсом* в следующих терминах: “Влагалищная часть должна составлять примерно одну пятую, конечно, не более одной четвертой, от всей длины шейки матки; то есть передняя губа должна иметь длину от одной четвертой до одной трети дюйма, а задняя губа должна быть немного длиннее. Канал шейки матки должен быть либо прямым, либо иметь направленный вперед изгиб; ось шейки матки должна образовывать прямой угол с осью влагалища; шейка матки не должна быть заметно вывернута вперед или назад.” *Симс* придерживается мнения, что каждая женщина, матка которой находится в таком состоянии, забеременеет в течение трех-четырех месяцев с момента первого вступления в супружеский акт; однако он добавляет важную оговорку: “имейте в виду, что все остальное в порядке”.

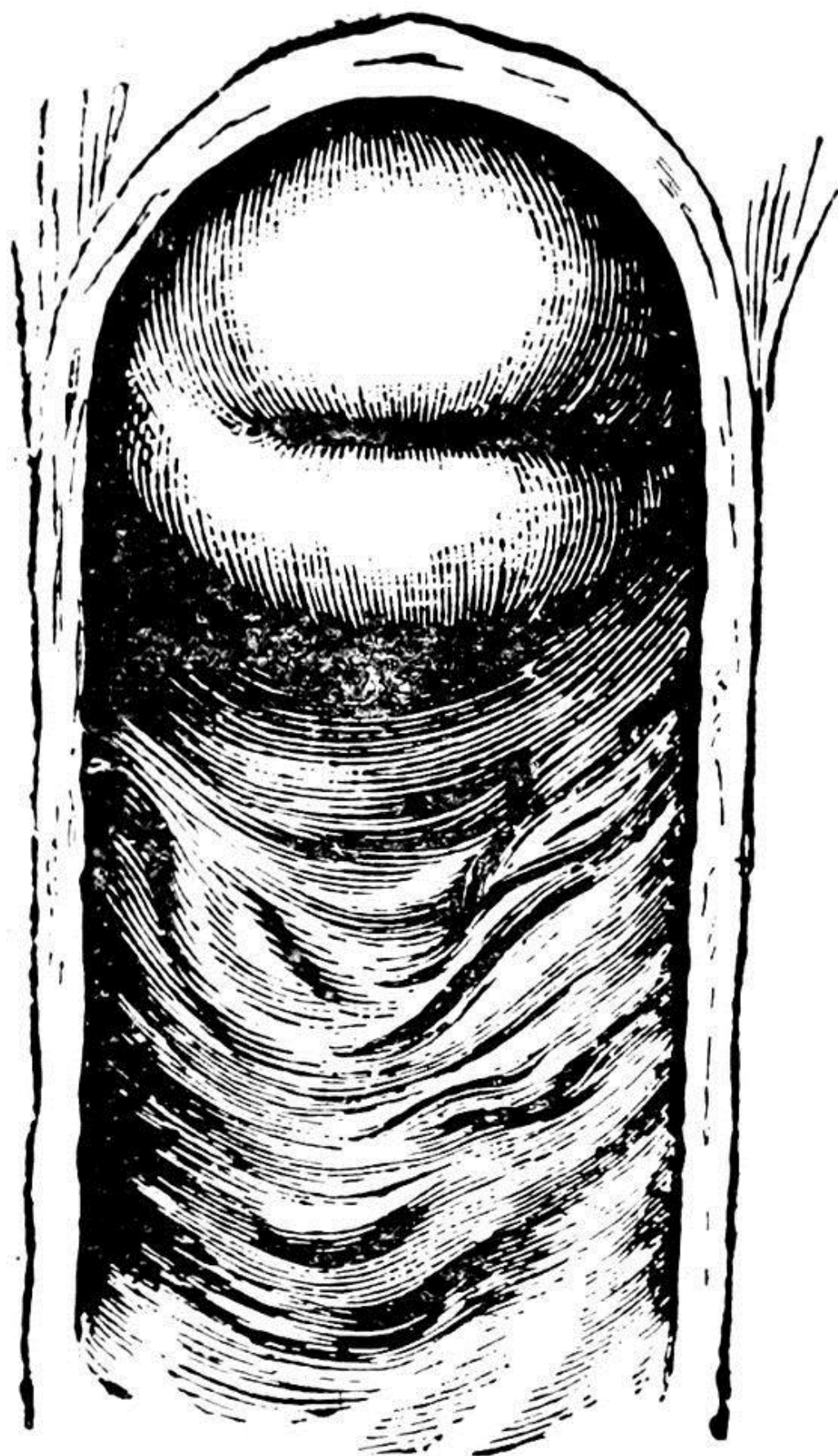


Рис. 72—Нормальные порции влагалища.

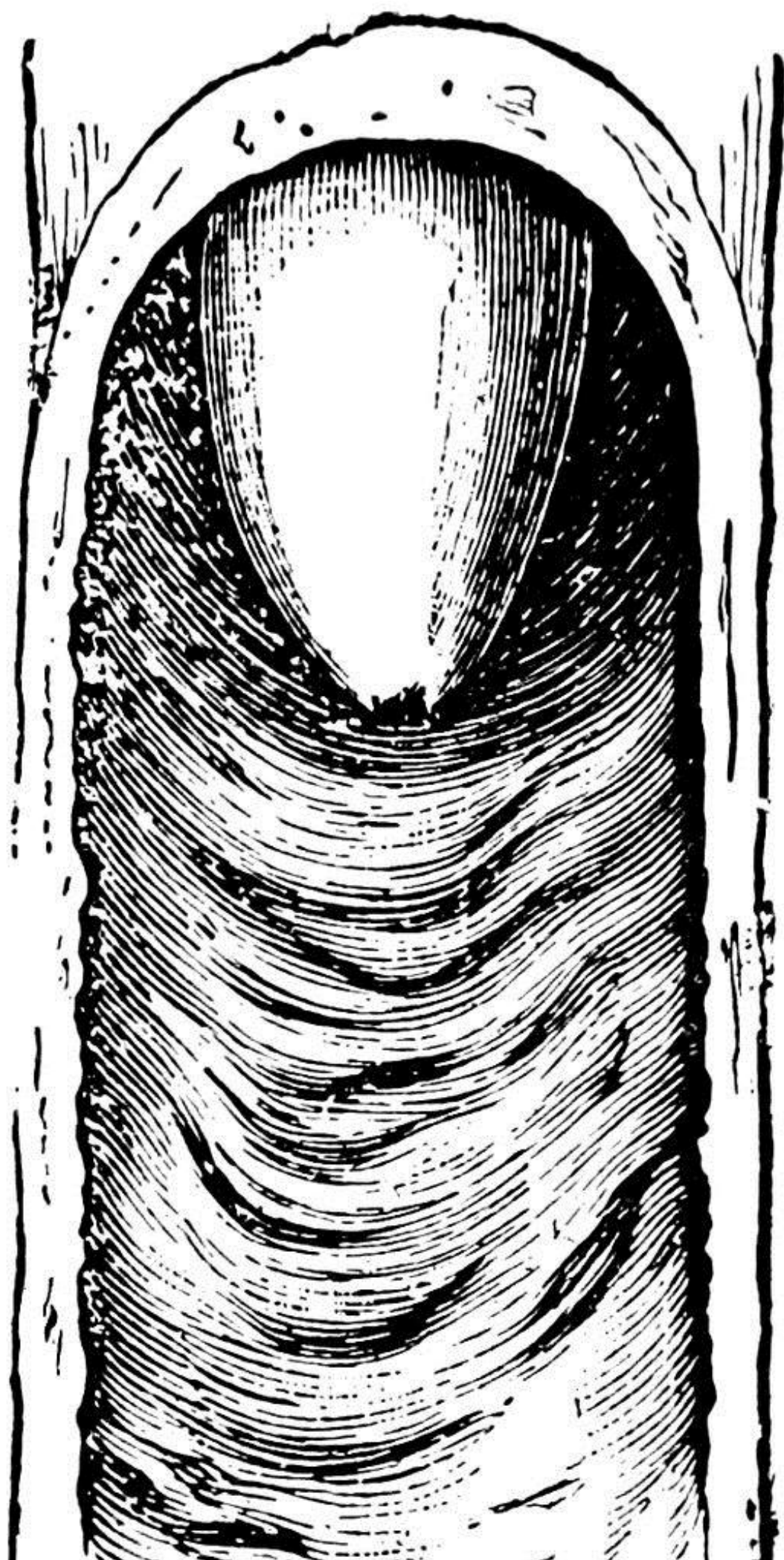


Рис. 73—Коноидальный портион влагалища.

При зачатии шейка матки выполняет важную функцию обеспечения свободного прохождения сперматозоидов внутрь матки; и когда мы рассматриваем природу процессов полового акта и оплодотворения, и особенно когда мы помним, что в норме две губы шейки матки и верхний сегмент влагалища образуют камеру для удержания части семенной жидкости, находящейся в контакте с наружным зевом матки, мы легко приходим к выводу, что любое значительное отклонение в размере шейки матки (увеличение или уменьшение) при половом акте или оплодотворении может привести к повреждению шейки матки. его форма (порок развития) или его положение (смещения —сгибание, версия или выпадение) или, наконец, стеноз цервикального канала могут создавать механические препятствия для зачатия. И опыт показывает, что это предположение оправдано, во всяком случае, в отношении конического удлинения влагалищного отверстия (рис. 73), в отношении гипертрофии передней губы шейки матки в форме фартука или клюва (рис. 74 и 75), в отношении изгиба вверх удлиненной шейки матки, а также в отношении стеноза или облитерации наружного или внутреннего зева; хотя следует сделать оговорку, что независимо от того, насколько неблагоприятной является форма влагалищного отверстия, независимо от того, насколько обширны изменения в шейке матки, пока существует проницаемый восходящий канал для сперматозоидов, зачатие все еще возможно и в исключительных случаях может произойти.

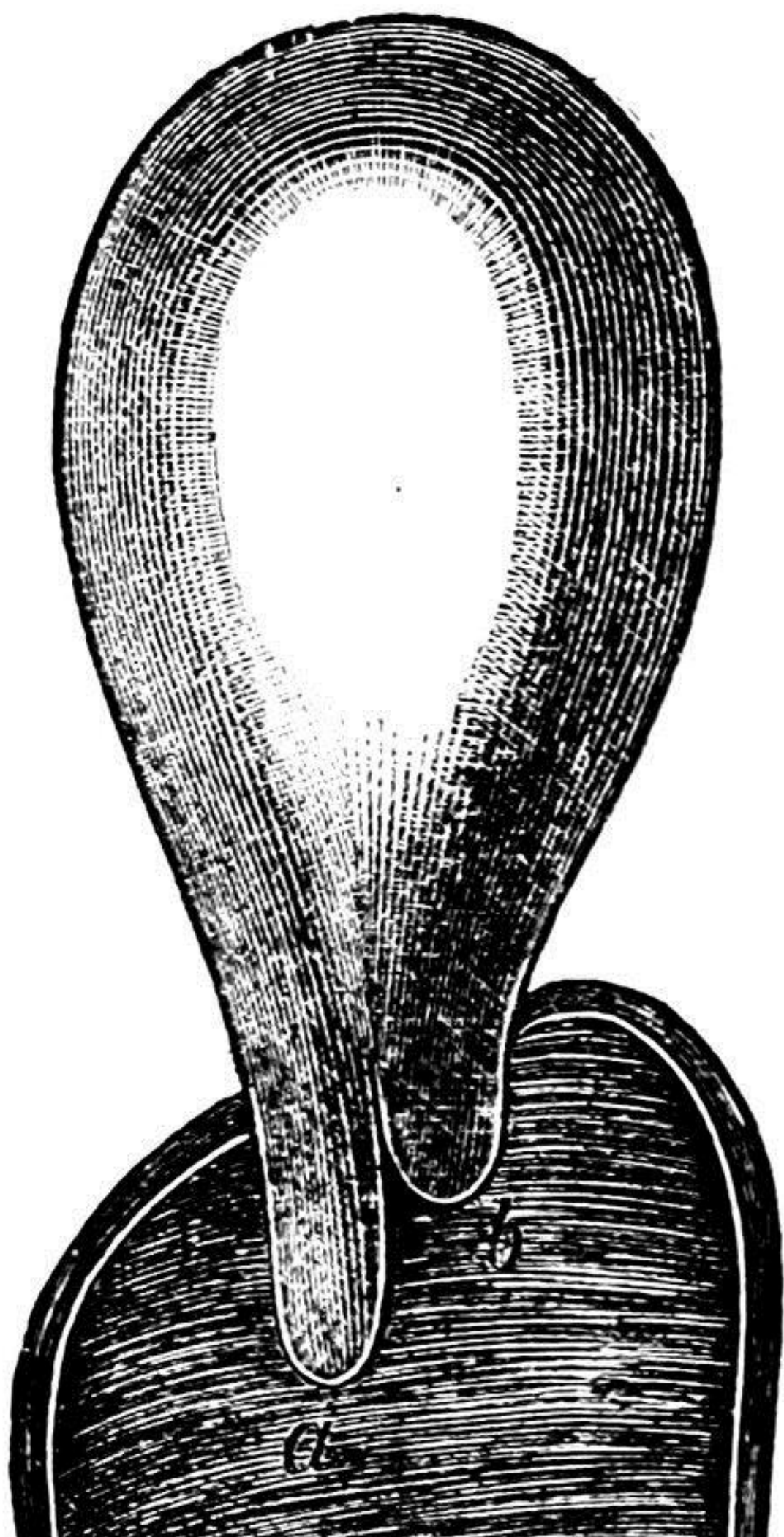


Рис. 74— Часть влагалища в форме “фартука”. а. Сильно удлинённая передняя губа; б. Более короткая задняя губа шейки матки.

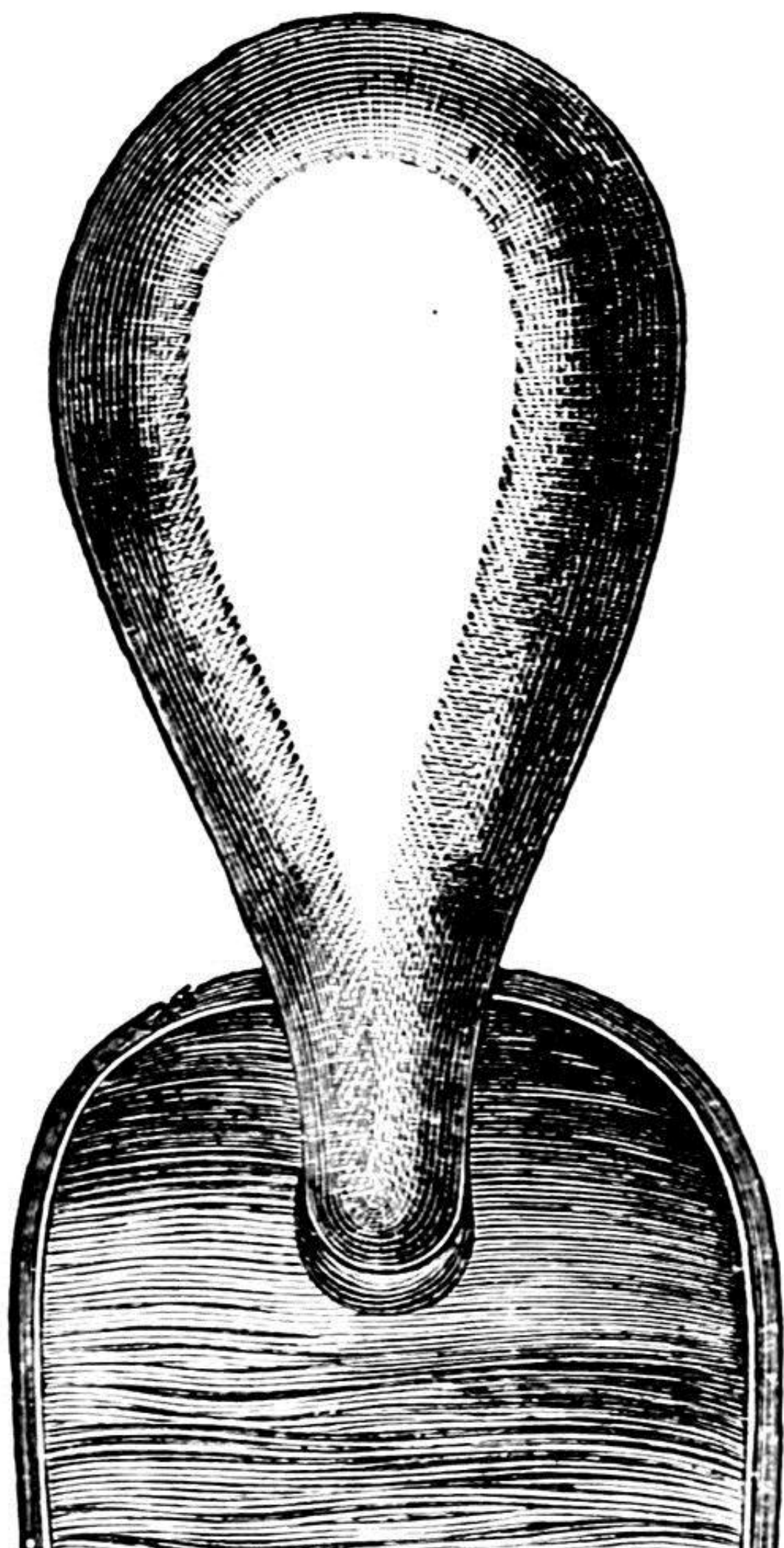


Рис. 75— Часть влагалища в форме “Клюва”. Задний аспект.

Когда шейка матки гипертрофируется и существенно расширен, и свода влагалища, следовательно, сильно вытянутое, зачатие затруднено, по той причине, что в таких случаях, как сперма бурно вытекает из влагалища, или же правильное сочетание между пенисом и наружного зева не происходит, и Семен невольно вырвалось на некотором расстоянии от операционной системы. Изменение формы влагалищного отверстия, а также удлинение цервикального канала являются дополнительными препятствиями для проникновения сперматозоидов внутрь матки; что касается первого состояния, то у нерожавших влагалищное отверстие обычно коническое или заостренное, в то время как наружный зев очень маленький, что затрудняет прохождение сперматозоидов; но у рожавших женщин оно дольчатое из-за наличия глубоких щелей, посредством которых пенис вводится во влагалищный свод, а наружный зев очень маленький. облегчается эякуляция спермы в этой области. Следовательно, такая гипертрофия шейки матки и влагалищных портов часто совпадает с возникновением бесплодия. Гипертрофия менее склонна вызывать бесплодие, когда она ограничена одной губой шейки матки, если, конечно, пораженная губа (чаще передняя) не увеличена настолько сильно, что она загибается и перекрывает наружный зев, одновременно вводя пенис в свод и удаляя его от отверстия. Известны случаи, когда одна губа шейки матки была гипертрофирована до такой степени, что выступала между половыми губами.

Наиболее распространенным пороком развития шейки матки является коническая шейка матки, когда шейка матки не просто удлинена, но и сужается; в связи с этим состоянием обычно обнаруживается заметное уменьшение размеров наружного отверстия матки. Согласно *Sims*, мы обнаруживаем “коническую шейку матки в 85% всех случаев естественного бесплодия”. Согласно тому же автору, даже при отсутствии конической формы шейки матки “стерильность вероятна в случаях, когда влагалищный проход полностью выступает на полдюйма во влагалище; если шейка матки выступает более чем на один дюйм, это почти неизбежно приводит к стерильности; в то время как если удлинение еще больше, так что размер влагалищной части составляет от полутора до двух дюймов, стерильность абсолютно гарантирована”.

С другой стороны, врожденная малочисленность влагалищных порций, состояние, при котором этот орган выглядит просто как слегка выступающий узелок в верхней части передней стенки влагалища, передний свод влагалища практически отсутствует, а задний свод очень обширный - широкий тупиковый мешок — также неблагоприятен для зачатия. Вероятной причиной является то, что в результате этой деформации, сперма, после ее выброса в задний свод, стекает вниз по задней стенке влагалища, не вступая в контакт с коротким портио влагалищной.

Согласно *Бейджелу*, другой частой причиной бесплодия является существование так называемых “передниковидных” влагалищных портио, состояние, при котором либо из-за врожденной деформации, либо из-за гипертрофии или какого-либо другого заболевания одна губа влагалищной части сформирована таким образом, что значительно превышает другую по длине.

Вследствие гипертрофии влагалищные порции могут принимать другие, очень разнообразные формы; в некоторых случаях они могут увеличиваться в размерах до такой степени, что выступают во влагалище в виде толстого твердого шарика и, таким образом, создают серьезное препятствие для приема спермы; или, опять же, в виде удлиненной тонкой шейки матки они могут раздваиваться и таким образом препятствовать прохождению

сперматозоидов (рис. 76 и 77). Деформации шейки матки, вызванные гипертрофией влагалищных порций, редко вызывают врожденное бесплодие, но чаще это приобретенная форма; поскольку такая гипертрофия редко бывает врожденной, встречается, но редко у девственниц, и обычно встречается у замужних женщин, у которых были трудные роды и, следовательно, они страдали от заболеваний матки.

Другой деформацией влагалищной части шейки матки, которая важна в ее отношении к бесплодию, является “шейка матки в форме рыла”. Здесь шейка матки наиболее тонкая сразу после ее введения во влагалищный свод и постепенно утолщается ниже, так что орган по форме напоминает свиное рыло. Как правило, эта деформация возникает из-за диффузной гипертрофии соединительной ткани шейки матки, являющейся результатом хронического эндометрита и цервицита.

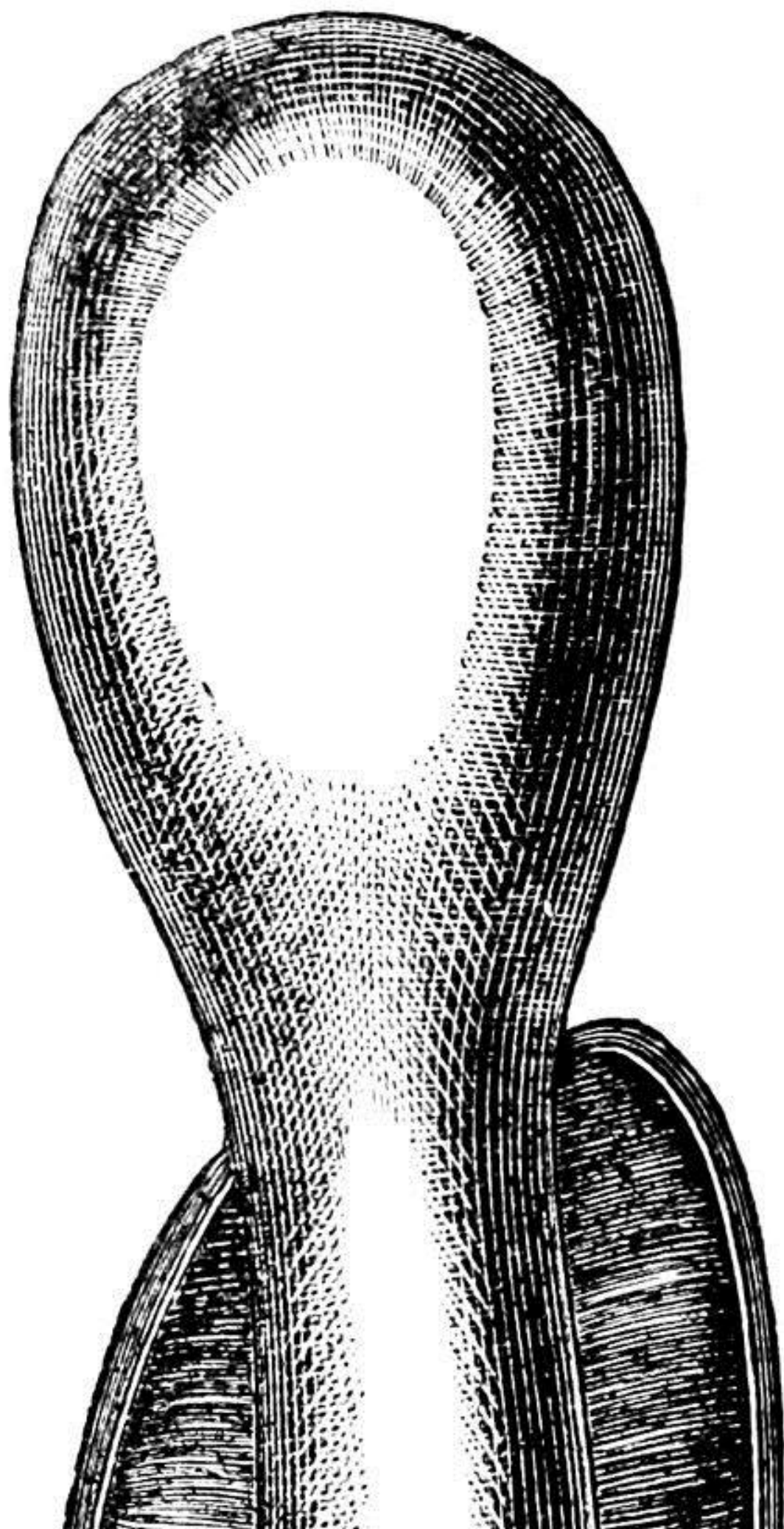


Рис. 76— Простая гипертрофия влагалищного отверстия, выступающего из Вульвы.

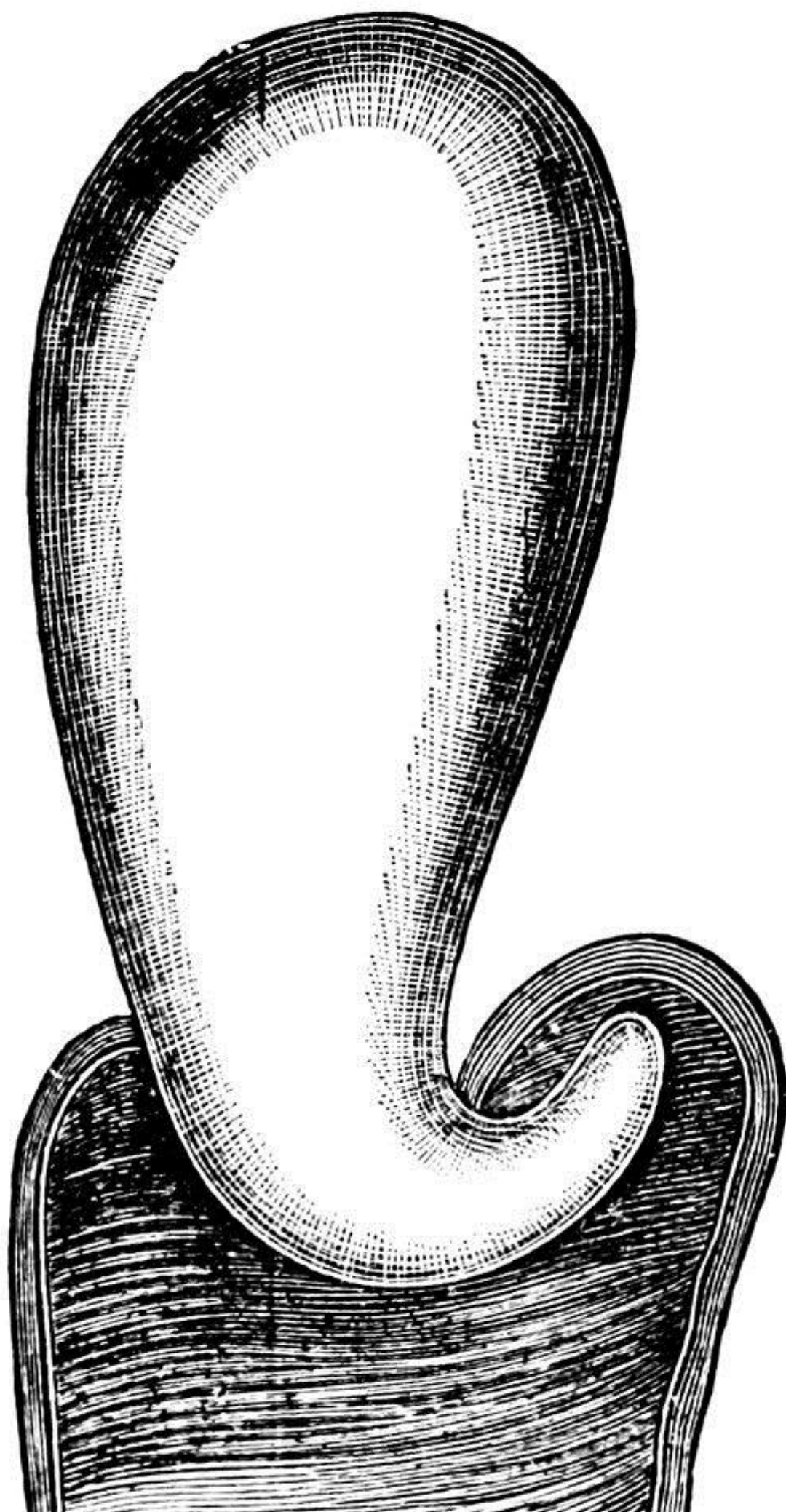


Рис. 77— Удлиненная шейка матки, загнутая вверх.

Фрич, однако, в двух случаях характерного *колита пирюидана* наблюдал наступление беременности после купирования ранее имевшегося катара матки; в одном из этих случаев состояние органов было девственным, так что вряд ли можно было поверить, что пациентка была многоплодной; даже после того, как у нее родилось трое детей, наружное отверстие матки с трудом пропускало маточный звук.

Пайо уделил особое внимание препятствиям, которые возникают на пути проникновения сперматозоидов при смещении шейки матки. В этих случаях во время коитуса кончик головки полового члена не соприкасается с наружным отверстием матки, а переходит в своего рода тупик; при ретроверсии - задний свод; при антеверсии - передний свод; при латеральном варианте - латеральный свод со стороны, противоположной той, на которую указывает нижняя оконечность шейки матки.

Полное отсутствие влагалищной части шейки матки создает трудности, хотя и не очень серьезные, на пути зачатия, поскольку отсутствует сегмент матки, который соединяется с верхним сегментом влагалища, образуя семенное вместилище. Насколько важен для предрасположенности к оплодотворению эффективный контакт наружного отверстия влагалищной части с извергнутой спермой во время и сразу после полового акта, по-видимому, установлено моими собственными наблюдениями, что женщины небольшого роста, вышедшие замуж за мужчин среднего роста, демонстрируют гораздо более высокую пропорциональную фертильность, чем женщины среднего роста. В случае этих маленьких женщин благоприятное обстоятельство очевидно, поскольку облегчается интимный контакт между головкой полового члена и влагалищным портом. Я часто слышал жалобы от мужей таких женщин на то, что одного полового акта достаточно для обеспечения зачатия; и снова и снова такие женщины сообщали мне, что у них было 10, 12 или 16 детей. В одном из таких известных мне случаев жена была беременна 23 раза и родила 19 нормальных детей. И наоборот, женщинам с очень длинным влагалищем и с высоким положением влагалищного отверстия не так легко забеременеть.

Особое значение в возникновении бесплодия имеет стеноз цервикального канала. Это может быть врожденным, и тогда обычно поражается вся длина канала; или это может быть приобретенным, зависящим от воспаления слизистой оболочки. В этих последних случаях набухшие фолликулы слизистой оболочки лопаются, и их гранулирующие стенки слипаются. Другими причинами приобретенного стеноза являются травмы, тяжелые оперативные вмешательства во время родов, послеродовые воспаления, сифилитические изъязвления, срастание противоположных гранулирующих поверхностей после оперативных вмешательств (как, например, после сильного прижигания или после ампутации влагалищного отверстия) и, короче говоря, рубцовые образования, независимо от причины.

Общее набухание тканей, приводящее к стенозу, возникает на наружном зеве гиперпластической матки девственной конфигурации; маленькое круглое отверстие, характерное для девственной матки, сужается или даже полностью закупоривается набуханием тканей влагалищной части. Истинного сращивания стенок в этих случаях не происходит, но крошечное отверстие, оставленное набуханием стенок канала, закупорено эпителием, так что небольшое слепое углубление в центре влагалищного отверстия - это все, что остается от канала шейки матки. Такое состояние наблюдается с особой частотой в случаях выпадения влагалищной части и часто ошибочно расценивается как облитерация наружного отверстия матки эпителиальной адгезией (*Klebs*). Наконец, стеноз цервикального

канала может быть вызван опухолями, а также изгибами и разновидностями матки, которые мы сейчас обсудим.

Врожденная атрезия матки обычно связана с другими аномалиями развития репродуктивных органов. В некоторых случаях причиной является только то, что слизистая оболочка влагалищной части непрерывно переходит от одной губы к другой; но в других случаях шейка матки не перфорирована на всем протяжении, а влагалищная часть развита лишь незначительно.

Приобретенная облитерация канала шейки матки может затрагивать как наружный, так и внутренний зев, с более короткой или удлиненной частью остальной части канала. Когда произошел очень обширный некроз ткани, как следствие трудных родов, спаечный процесс может охватить прилегающий сегмент влагалища (маточно-вагинальная атрезия).

Чем более выражен стеноз цервикального канала, тем меньше канал, посредством которого влагалище сообщается с маткой, тем труднее будет прохождение сперматозоидов, так что из миллионов сперматозоидов, отложившихся поблизости от зева матки, тысячи, как и в нормальных случаях, попадут в маточные отверстия фаллопиевых труб. Таким образом, тем более затруднен контакт между сперматозоидом и яйцеклеткой, и тем более маловероятно, что произойдет зачатие. Более того, вследствие стеноза происходит задержка цервикальной слизи, которая становится густой и клейкой и создает дополнительное препятствие для прохождения сперматозоидов. Неблагоприятное влияние на возможность зачатия, наконец, усиливается, если, как это часто бывает, в сочетании со стенозом шейка матки становится удлиненной и принимает коническую форму (эти вторичные изменения, вероятно, являются результатом воспалительных состояний шейки матки, характерных для случаев стеноза); и дополнительным препятствием для зачатия является связь со стенозом сгибания или разновидности матки. Именно в таких сложных случаях мы так часто сталкиваемся с сопутствующими симптомами дисменореи и бесплодия; дисменорея возникает из-за того, что менструальные выделения, если они обильные, не могут с достаточной скоростью вытекать через сильно суженный канал шейки матки; выделяясь из сосудов слизистой оболочки матки быстрее, чем они могут быть выведены, они накапливаются в полости матки и вызывают болезненные сокращения матки.

Точно определить, какая степень сужения цервикального канала представляет собой патологический стеноз, на практике отнюдь не легко; и только в отношении крайних случаев патологического сужения не может быть никаких споров. В случаях врожденного стеноза цервикального канала диагноз очень прост, поскольку наружное зев матки в этом случае всегда чрезвычайно мало; часто отверстие не больше маленькой булавочной головки, очень тонкий зонд может быть проведен через него со значительным трудом, и его прохождение затруднено вплоть до внутреннего зева. Но в случаях приобретенного стеноза средней степени тяжести диагноз часто бывает затруднен. Из-за небольшого размера отверстия и растяжимости мягких частей, которыми оно окружено, точные измерения невозможны. Когда ОС с трудом распознается опытным пальцем, когда звук не сразу вводится опытной рукой, снова и снова проскальзывает мимо и вставляется только после многократных усилий — такая ОС, как настаивает *Ольсхаузен*, всегда патологична. Нормальное девственное зев матки обеспечивает легкое прохождение плотного маточного звука диаметром 3-4 миллиметра (от $\frac{1}{8}$ до $\frac{1}{6}$ дюйма); но есть случаи, в которых, хотя звук такого нормального размера может быть пропущен, зев вызывает у исследующего пальца ощущение сокращения. Если в таком случае имеет место типичная механическая дисменорея с бесплодием, *Ольсхаузен* считает, что мы вправе предположить наличие патологического стеноза зева матки и соответственно лечить случай.

Однако, как настаивает Керер, определение того, следует ли в каждом отдельном случае рассматривать аномалию шейки матки, такую как стеноз наружного зева или всего цервикального канала, является или не является причиной бесплодия, может быть одной из самых больших трудностей в диагностике — трудность, которую не всегда удается разрешить, даже когда все сопутствующие обстоятельства были рассмотрены наиболее полно и кропотливо. Когда стеноз достигает крайней степени, не должно быть двух мнений по этому поводу; трудность заключается в случаях, лежащих где-то между умеренной степенью сокращения и нижним физиологическим пределом малости. Каждый опытный гинеколог наверняка сталкивался с подобными случаями, описанными Керером, когда до замужества зрачок казался чрезвычайно маленьким, и все же вскоре после замужества женщина забеременела. По этой причине мы с О. Йоханнсенom вправе вернуться скорее к функциональной, чем к анатомической концепции стеноза и утверждать, что до тех пор, пока канал шейки матки достаточно велик, чтобы позволить маточным выделениям свободно вытекать, любой существующий стеноз не имеет патологического значения. Только когда выход маточных выделений недостаточен, так что полость матки становится расширенной (что проявляется удлинением канала в надвлагалищной части матки и различными заболеваниями, среди прочих хроническим эндометритом), стеноз с последующим расширением матки является серьезным препятствием для зачатия. “В таких случаях сокращений матки во время полового акта будет недостаточно для вывода содержащихся в ней выделений через суженный зев, и неизбежным следствием неполного опорожнения матки является то, что аспирационная фаза оргазма не наступает”.

Согласно Винкелю, стеноз наружного или внутреннего зева является причиной бесплодия только в тех случаях, когда он возникает в результате фолликулярного воспаления слизистой оболочки шейки матки; в таких случаях зев (внутренний или наружный, в зависимости от обстоятельств), сильно суженный многочисленными ретенционными кистами, препятствует эвакуации клейкого секрета фолликулов, оставаясь при этом открытым. Этот секрет может представлять непреодолимое препятствие для прохождения сперматозоидов; но при отсутствии катарального процесса такого характера умеренная степень сужения цервикального канала не мешает оттоку менструальных выделений или восходящему прохождению сперматозоидов.

Опыт заводчиков лошадей и крупного рогатого скота также показывает этиологическую важность стеноза шейки матки в возникновении бесплодия: а в случае бесплодных по этой причине кобыл и коров часто выполнялось искусственное расширение шейки матки с последующим восстановлением фертильности.

Набухание фолликулов слизистой оболочки канала шейки матки или полости матки, состояние, которое часто является результатом катарального процесса шейки матки, наравне со стенозом канала шейки матки приводит к бесплодию; раздвигая слизистую оболочку перед собой и становясь ножкообразными, эти набухшие фолликулы в конечном итоге увеличиваются, образуя полипы канала шейки матки или полости матки, и иногда могут полностью перекрывать канал матки. На рис. 78 изображен полип такого рода, который я удалил из шейки матки бесплодной женщины 30-летнего возраста. На верхушке полипа находилась большая яйцеклетка Nabothi.

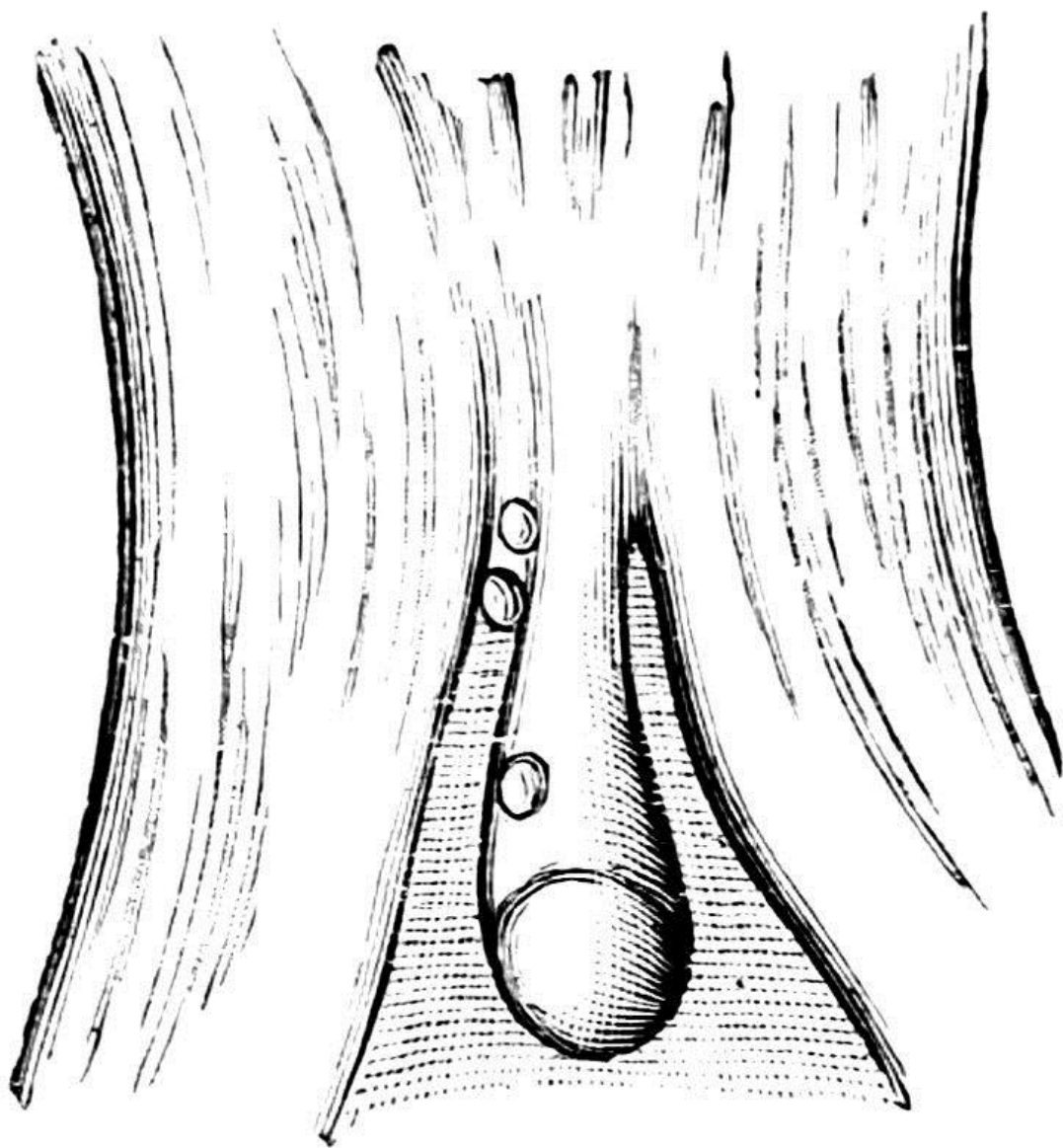


Рис. 78.—Полип шейки матки, происходящий из яйцеклетки Nabothi.

Длительный катар шейки матки легко приводит к стенозу канала шейки матки и, следовательно, к бесплодию. Отек и гиперсекреция слизистой оболочки шейки матки тем более затрудняют поступление спермы, поскольку слизистые складки на передней и задней стенках канала шейки матки, которые в совокупности образуют *пальчатые складки*, в нормальном состоянии уже достаточно заметны; но в случаях катарального отека они могут выступать до такой степени, что полностью перекрывают канал. Застой сгущенного секрета создает в этих случаях дополнительное препятствие для прохождения сперматозоидов, застой, который усугубляется, если со временем ОС становится стенозированной из-за чрезмерного разрастания рубцовой ткани. В конечном счете, также в случаях хронического катара легко происходит сгибание увеличенного и дряблого тела матки, и это создает дополнительные трудности на пути зачатия.

Именно по этим причинам те женщины, которые в девичестве страдали затяжным катаром шейки матки, так часто остаются бездетными. Последовательность событий такова, что уже описана: фолликулярный катар, застой секрета, стеноз цервикального канала, увеличение и потеря тонуса матки; тонкостенная, увеличенная и вялая матка в конечном итоге уступает место внутрибрюшному давлению, прогибаясь назад, как правило, в мешок Дугласа. Таким

образом, ретрофлексия матки является распространенным следствием катарального процесса шейки матки (*Гильдебранд*). В некоторых случаях бесплодия, обусловленного катаром шейки матки, такой последовательности проблем не возникало, и это просто слизь в канале, которая препятствует прохождению сперматозоидов. *Б. Шульце* сообщает о случае женщины, которая прожила 13 лет в бесплодном браке, но забеременела после однократного удаления цервикальной слизи.

Значение хронического катара шейки матки в причинно-следственной связи бесплодия объясняет, почему во многих случаях бесплодного брака вина в конечном итоге ложится на мужа, который на момент женитьбы страдал “скрытой гонореей”, незаметным пережитком острого приступа, перенесенного, возможно, месяцами и даже годами ранее, и заразил этой болезнью свою жену. Такой гонорейный катар у женщин особенно склонен принимать хроническую форму и затем вызывает все вторичные патологические состояния, описанные ранее, и, таким образом, приводит к бесплодию.

Гонорея у женщин часто приводит к бесплодию. В дополнение к влиянию стеноза шейки матки и патологического состояния цервикальной слизи на предотвращение прохождения сперматозоидов вверх, это заболевание может привести ко многим другим изменениям, неблагоприятным для фертильности. Таким образом, гонорейная инфекция у женщин часто приводит к воспалительным проявлениям в брюшине, периметрии и параметрии, а также к катаральным изменениям в маточных трубах (сальпингит, гидросальпинкс, пиосальпинкс); они препятствуют контакту сперматозоида и яйцеклетки или вызывают патологические деформации стенок или калибра труб, которые представляют собой постоянные препятствия для наступления зачатия. Молодые замужние женщины, чьи мужья на момент вступления в брак были больны не полностью излеченной гонореей, и которые вскоре после вступления в брак страдают катаром шейки матки, причем выделения из воспаленной слизистой оболочки нередко имеют подозрительный зеленоватый цвет, аналогичный тому, который наблюдается при недавней гонорее у мужчин, часто остаются стерильными в течение длительного периода времени из-за гонорейного катара шейки матки, эндометрита, и катара маточных труб. Для постановки диагноза в таких случаях, помимо выявления вирулентного характера воспаления вульвы, уретры и влагалища, мы должны прибегнуть к помощи микроскопа; и часто можно сразу решить, что воспаление гонорейное, обнаружив диплококки Нейссера, заключенные в гнойных клетках цервикального секрета.

Влияние “скрытой гонореи” на снижение фертильности женщин особенно подчеркивалось — и переоценивалось — *Неггератом*. Исходя из того факта, что около 90% бесплодных женщин состоят в браке с мужчинами, которые страдали гонореей либо до, либо во время своей супружеской жизни, он делает вывод, что бесплодие обусловлено скрытой гонореей, передаваемой от мужа к жене. Если бы этот вывод был обоснован, бесплодие было бы гораздо более распространенным явлением, чем оно есть на самом деле. *Неггерат* использует термин “латентная гонорея”, поскольку женщина заражается без явной вспышки какой-либо острой фазы заболевания. Болезнь остается латентной, и радикального излечения не следует ожидать до наступления менопаузы. Согласно *Неггерату*, существует четыре разновидности этого заболевания: острый, рецидивирующий и хронический периметрит, а также оофорит, всегда сопровождающийся катаром слизистой оболочки половых органов.

Сэнгер также утверждал, что 12% всех случаев, требующих гинекологического лечения, имеют гонорейное происхождение; и он даже считает, что последствия гонореи у женщин более опасны и разрушительны, чем последствия сифилиса. *Э. Мартин* также утверждал, что эндоцервицит, приводящий к стенозу наружного отверстия матки и цервикального

канала, у большинства бесплодных молодых жен возникает из-за гонорейной инфекции, вызванной хронической, незаживающей, но незаметной гонореей у мужа. Далее он считает возможным, что различные виды механической стимуляции, например, внутривагинальный онанизм, могут при определенных условиях вызвать воспаление, приводящее к стенозу шейки матки.

Большой интерес представляют взаимоотношения между дисменореей и бесплодием, на которые уже делались некоторые намеки. Высокая степень стеноза цервикального канала является причиной возникновения обоих этих симптомов; но дисменорея может быть вызвана многими другими причинами, которые не оказывают прямого влияния на предотвращение зачатия.

На самом деле, слишком много внимания уделялось связи дисменореи с бесплодием, и поэтому я должен указать, что я видел многочисленные случаи дисменореи, включая так называемую спазматическую форму заболевания, у женщин, родивших много детей; что объективно в таких случаях отсутствовала ригидность шейки матки, которой *Мэтьюз Дункан* придавал такое большое значение; и, наконец, что даже когда дисменорея субъективно носила характер схваток, введение препарата не приводило к нарушению функции матки. на этот звук можно было воздействовать без применения какой-либо большой силы и без причинения какой-либо сильной боли.

Несомненно, те авторы, во главе с *Sims*, которые рассматривают дисменорею как постоянный признак стеноза цервикального канала, заходят слишком далеко и, следовательно, делают вывод, что во всех случаях, когда бесплодие связано с дисменореей, бесплодие происходит из—за такого стеноза - мнение, оспариваемое *Шульце* на основании анатомических исследований. Дисменорея не дает неоспоримых признаков того, что шейка матки сужена до такой степени, что препятствует наступлению зачатия; и *мнение*Симса о том, что в подавляющем большинстве случаев дисменорея возникает из-за механической непроходимости, не подтверждается опытом. Женщины, страдающие тяжелой дисменореей, часто беременеют, хотя это может произойти позже, чем женщины, у которых менструации нормальные и безболезненные. Дисменорея возникает не только из-за сужения канала шейки матки, но и из-за множества других патологических состояний. Аномалии половых органов, которые приводят к дисменорее, по большей части не являются каким-либо препятствием для зачатия; и, с другой стороны, стеноз цервикального канала может существовать у женщин, у которых полностью отсутствует дисменорея.

Чтобы проверить *теорию* Симса о взаимозависимости дисменореи и бесплодия, *Керер* провела исследование состояния менструации как до, так и после вступления в брак в связи с фертильностью или бесплодием в браке. Он установил, что у стерильных женщин девственная дисменорея встречается лишь немногим чаще, чем у плодовитых женщин. Следовательно, изменения в репродуктивных органах, от которых зависит возникновение дисменореи, не следует рассматривать как обязательно препятствующие зачатию.

Английские гинекологи отличаются от немецких тем, что считают, что существует тесная причинно-следственная связь между дисменореей, особенно спазматической дисменореей, и бесплодием. Предположение, что сокращения матки, которые по своим силам во время менструации приводят к боли, как те, труда, происходят также во время полового акта; эти схватки, ввод спермы в матку это предотвратить, или, если сперма попала в матку, это быстро исключили. Эту спазматическую дисменорею также называют механической или обструктивной дисменореей, чтобы привлечь внимание к теории о том, что целью судорожных сокращений матки является изгнание менструальной крови,

скопившейся в полости матки; хотя *сам Дункан* вынужден признать, что на самом деле не может быть доказано ни предполагаемая механическая непроходимость, ни скопление менструальной крови, ни расширение полости матки.

Примечание.—Автор не совсем корректен в своем противопоставлении ”английского“ и ”немецкого“ мнений по этому вопросу. Большинство английских гинекологов вслед за Мэтьюсом Дунканом обращают внимание на тот факт, что, как выразился Герман, ”спазматическая дисменорея часто ассоциируется с бесплодием“; но почти все внимательные авторы настаивают на том, что, хотя связь доказана, природа причинной связи, если таковая существует, не выяснена. Например, Харт и Барбур, касаясь именно этого вопроса о связи дисменореи с бесплодием, замечают: ”после тщательного изучения литературы мы приходим к выводу, что любое обсуждение бесплодия, в котором важное место занимают механические соображения, должно быть неадекватным и всегда будет бесполезным“. Это правда, что Мэтьюз Дункан пишет (*Болезни женщин, Лекция о бесплодии*): ”Наиболее общепризнанной причиной бесплодия является спазматическая дисменорея“; но внимательное прочтение всей лекции покажет, что Дункан говорит больше, чем на самом деле имеет в виду, используя слово ”причина“, и что то, на чем он хочет настаивать, - это частая и бесспорная связь двух состояний. В лекции о *спазматической дисменорее* он пишет: ”В последнее время ее обычно описывают как обструктивную или механическую дисменорею; эти слова ”обструктивный“ и ”механический“ подразумевают теорию заболевания, которая ... Я уверен, что это совершенно ошибочно“. Очевидно, что Киш несправедлив к Мэтьюсу Дункану, когда пишет, что последний ”вынужден признать“ (*obgleich Duncan selbst zugeben muss*), что он фактически был одним из первых, кто поддержал это перед лицом значительной оппозиции!—Пер.

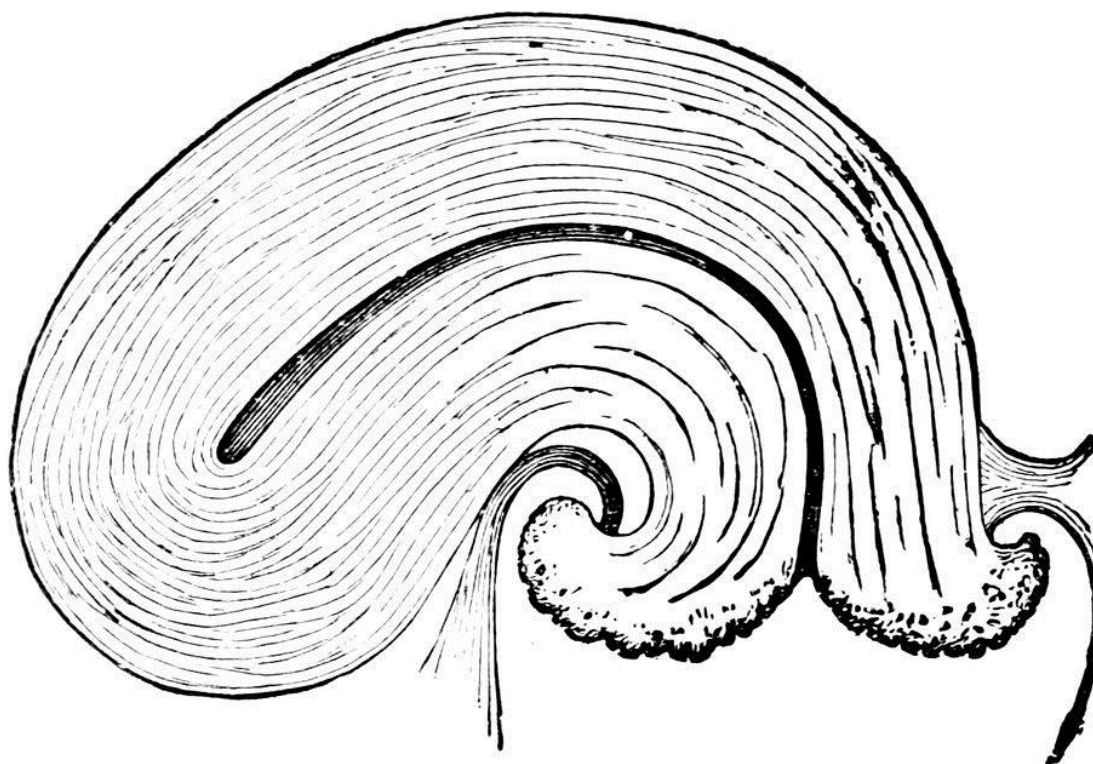


Рис. 79—Эктропиум при двустороннем разрыве шейки матки. В честь А. Мартина.

Дункан заходит так далеко, что утверждает, что ни одно фактическое или предполагаемое местное нарушение не имеет такого значения в связи с доктриной бесплодия, как спазматическая дисменорея. Это имеет такое значение благодаря вероятной связи между

дисменорейским неврозом и излитием семени, дефицитом сексуального влечения и сексуального удовольствия и другими нарушениями сексуального возбуждения во время коитуса. С облегчением дисменореи мы, по словам *Дункана*, сделали большой шаг к излечению бесплодия. Среди 332 абсолютно бесплодных замужних женщин *Дункан* обнаружила 159, почти половину от общего числа, страдавших спазматической дисменореей.

Бертон, чтобы с уверенностью установить, вызывает ли стеноз наружного или внутреннего зева дисменорею, обследовал шесть женщин во время менструации и в то время, когда они испытывали наибольшую боль; он не обнаружил ни у одной из них никаких следов сужения канала. Из-за застойных явлений, которые возникают в это время, матка становится выпрямленной, и любое умеренное сгибание, которое может иметь место, временно выпрямляется. Во всех случаях звук передавался с предельной легкостью.

Эктропиум губ шейки матки (“зернистая эрозия”) представляет собой препятствие для зачатия, что отнюдь не редкость; это состояние вызвано глубокими боковыми разрывами шейки матки. Зияние цервикального канала, возникающее в результате таких застарелых, часто игнорируемых разрывов шейки матки и связанных с ними параметрических рубцов, вызывает различные раздражающие проявления: бленорею, бленноррагию, кистозную дегенерацию слизистой оболочки, и эти вторичные состояния могут быть сопутствующими причинами бесплодия; но рваные раны шейки матки с эктропием чисто механическим образом нарушают надлежащее строение семенного сосуда и аспирацию спермы в цервикальный канал. (Рис. 79.) В более раннем разделе этой работы я подчеркивал тот факт, что в акте зачатия мускулатура шейки матки играет в некотором смысле активную роль; и надлежащему выполнению этой роли препятствуют разрывы шейки матки. Железы шейки матки также страдают при эктропии, и их функция по облегчению проникновения сперматозоидов в полость матки больше не выполняется должным образом. Наконец, стоит отметить, что сексуальное удовлетворение, ощущение сладострастного удовольствия во время полового акта, по-видимому, снижается у женщин с разрывами шейки матки, факт, отмеченный, в частности, *Мунде* и *Иллом*. Последнее исследование показало, что у 34 женщин, пострадавших таким образом, сексуальное удовлетворение больше не испытывалось при половом акте; в то время как в 27 из этих случаев за восстановлением целостности шейки матки с помощью операции последовало возвращение нормальных сексуальных ощущений. У женщин, которые родили одного или двух детей, а затем долгое время оставались бесплодными, мы нередко обнаруживаем глубокие рваные раны шейки матки. *Брейски*, *Шпигельберг*, *Шульце* и *Гуделл* оперировали в таких случаях, и вскоре после операции беременность повторилась.

Смещения матки.

С меньшей справедливостью, чем в случае описанных выше патологических изменений шейки матки, утверждается, что смещения матки являются очень частой причиной механических препятствий зачатию и, таким образом, приводят к бесплодию.

Безусловно, нельзя отрицать, что смещения матки встречаются очень часто у бесплодных женщин; и, с другой стороны, среди женщин с патологическим сгибанием матки процент бесплодных намного выше, чем среди женщин с нормальным положением и формой матки - но на основании этих фактов было бы ошибочно делать общий вывод о том, что смещения матки представляют собой механическое препятствие для зачатия. Случайная связь, как правило, менее проста, чем эта. В большинстве случаев, когда смещения матки связаны с бесплодием, существуют дополнительные патологические состояния матки и ее окружения,

реликты предшествующего воспаления в матке, в маточной оболочке или параметрии, или смещения маточной оболочки; эти изменения могут быть либо причиной, либо результатом существующего смещения матки, и именно от них, а не в первую очередь от смещения, зависит бесплодие. Точность этой точки зрения подтверждается опытом, отнюдь не редким, который показывает, что в таких случаях, когда фактическая причина бесплодия устранена, женщина забеременеет, хотя смещение матки сохраняется.

Как трудно в конкретном случае определить, является ли патологическое сгибание переднего отдела позвоночника истинным препятствием к зачатию или предшествующим задним параметритом и сопутствующими метритом и эндометритом! Как мы можем решить, является ли ретрофлексия простой механической причиной бесплодия, или же последнее состояние скорее не зависит от осложняющихся периметритов и оофоритов?

С другой стороны, мы не должны впадать в другую крайность и абсолютно отрицать, что смещение матки может быть механической причиной бесплодия. Мы сталкиваемся со случаями, в которых вынуждены предположить, что сгибание препятствует как оттоку менструальной крови, так и поступлению семенной жидкости. И это справедливо не только для сгибания под острым углом, часто связанного с детскими размерами цервикального канала или наружного или внутреннего зева, но и для тех продвинутых степеней сгибания, к которым, несомненно, отчасти также из-за сопутствующего катарального процесса, приводит полный стеноз наружного зева матки. Сочетание смещения матки со стенозом шейки матки является в этих случаях существенным препятствием для зачатия. Когда зев достаточно большой, умеренное сгибание матки вперед, назад или в ту или иную сторону часто не препятствует зачатию, поскольку действие мышечных волокон в различных связках матки удерживает зев в достаточно благоприятном положении. Но если сжатый зев связан со сгибанием, бесплодие очень вероятно; и почти неизбежно, если фиксация согнутой матки произошла из-за воспалительной экссудации и фиброза в одной из широких связок.

О том, что вера в то, что смещения матки являются препятствием для зачатия, широко распространена, свидетельствует тот факт, что у некоторых народов средством, используемым для предотвращения беременности, является искусственное производство смещений матки.

Варианты смещений матки - антеверсия, ретроверсия и латеральный вариант - оказывают более выраженное влияние на препятствие зачатию, чем сгибания; поскольку в случае варианта матки матка движется в целом вокруг горизонтальной оси, так что, когда дно движется в одном направлении, влагалищный проход движется в противоположном. Когда шейка матки смещается таким образом, кончик головки полового члена во время коитуса не соприкасается с наружным отверстием матки, как это должно быть в норме, и переходит во влагалищный тупик, при ретроверсии - в задний свод, при антеверсии - в передний свод, а при латеральном варианте - в латеральный свод со стороны, противоположной той, в которую направлена шейка матки. При высоких степенях этого неправильного положения свод влагалища прикрывает наружное зев как клапаном. (Бейгель.)

Фон Сканцони особенно настаивал на частоте, с которой бесплодие возникает в результате хронического метрита, осложненного передним вывихом. У 59 бесплодных женщин, страдавших хроническим метритом, он обнаружил в 34 случаях более или менее выраженный разворот передних конечностей и, следовательно, пришел к выводу, что именно это сочетание нарушений играет большую роль в возникновении бесплодия.

Особенно частым является бесплодие в случаях переднего выворота матки, если вдобавок наблюдается некоторое, хотя и умеренное, сокращение наружного маточного отверстия; это сочетание нарушений крайне неблагоприятно для проникновения сперматозоидов в матку.

Сгибание матки создает меньше препятствий для входа сперматозоидов, чем при первом варианте, по той причине, что в первом случае не нарушаются отношения между влагалищной частью и головкой полового члена во время коитуса. Но когда сгибание достигает крайней степени, шейка матки или маточный канал могут в какой-то момент стать абсолютно непроходимыми для сперматозоидов; и, кроме того, чрезмерное сгибание может привести к возникновению параметрита и периметрита. Но, вообще говоря, изгибы матки гораздо реже являются причиной бесплодия, чем предполагалось ранее. Раньше считалось, что за сгибанием матки следует стеноз наружного отверстия матки, благодаря которому в равной степени предотвращается отток менструальной крови и попадание спермы. Верно, что инфантильное остроугольное сгибание матки часто ассоциируется с инфантильным стенозом цервикального канала или внутреннего или наружного зева; и также верно, что крайние степени сгибания, связанные с катаром матки, способствуют возникновению стеноза и облитерации наружного зева; но *Б. Шульце* справедливо настаивает на том, что в большинстве случаев, когда ставится диагноз стеноза маточного канала, связанного со сгибанием половозрелой матки, предполагаемый “стеноз” просто представляет собой трудность, с которой столкнулись при прохождении обычного жесткого маточного звука за угол в маточном канале. Тем не менее, факт остается фактом, что среди женщин со сгибанием матки процент стерильных особей выше, чем среди женщин с нормальной маткой.

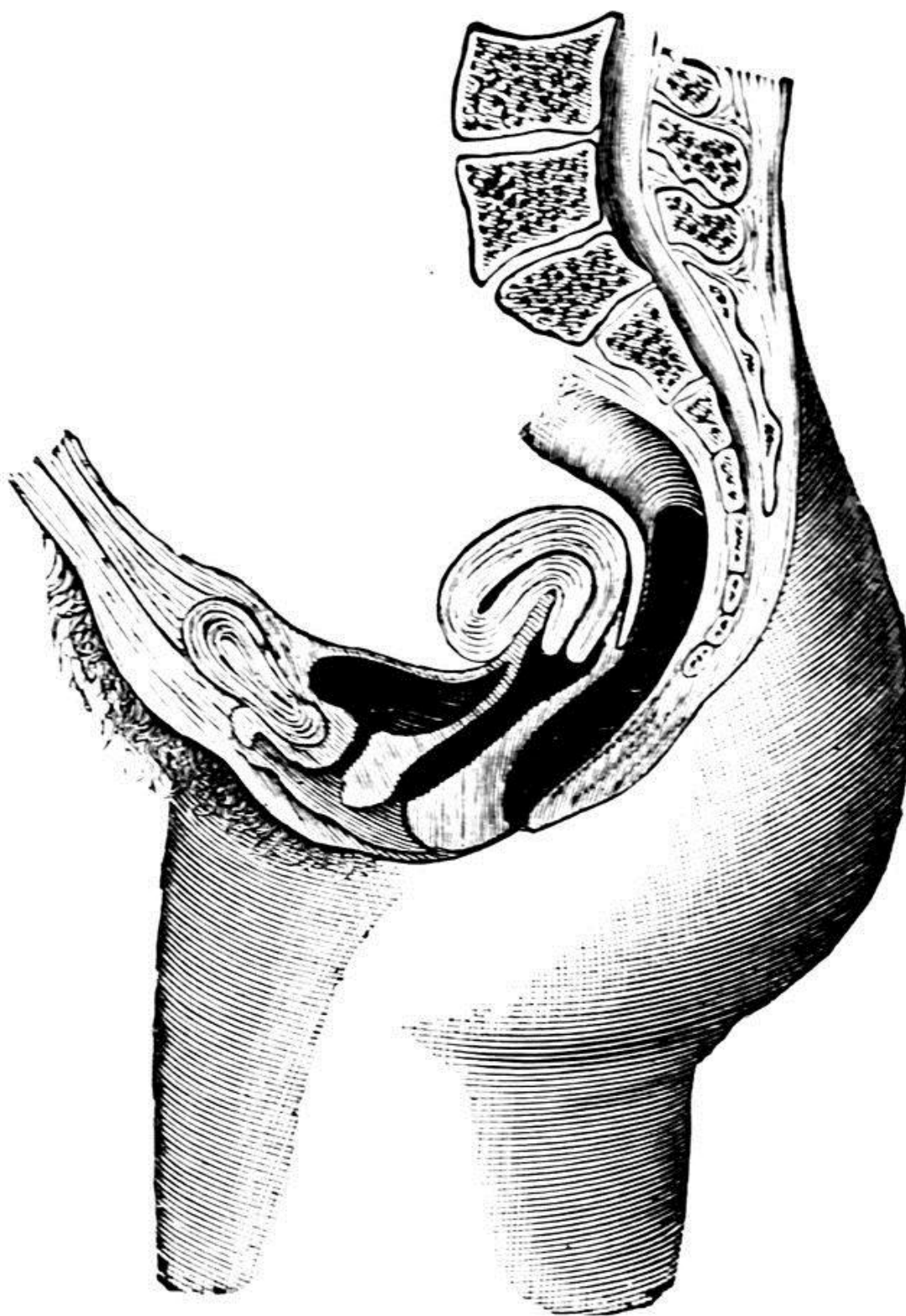


Рис. 80.—Антефлексия матки. По А. Мартину.

Что касается антефлексии матки, либо врожденное неосложненное антефлексия матки из— за аномалии развития, либо приобретенная форма, обусловленная либо субинволюцией матки в послеродовом периоде, либо параметрическими или периметрическими процессами, может создавать механические препятствия для зачатия и, таким образом, приводить к бесплодию; бесплодие при антефлексии возникает особенно в случаях, когда антефлексия зависит от заднего параметрита, связанного с метритом и эндометритом, или когда любое другое имеется осложнение, которое делает сгибание тяжелым. У некоторых

бесплодных женщин мы обнаруживаем антефлексию, связанную с надвлагалищным удлинением портика, и в таких случаях оба состояния, по-видимому, являются результатом катарального поражения слизистой оболочки матки. Насколько часто встречается сочетание антефлексии матки со стерильностью, показывают цифры, опубликованные *Sims*, которые в 250 случаях врожденного бесплодия обнаружили 103 случая антеверсии, а в 255 случаях приобретенного бесплодия обнаружили 61 случай антеверсии.

Фрич пишет в следующих выражениях в отношении трудностей, с которыми пропитка осуществляется у женщин, страдающих перегиб кпереди матки: “в случаях перегиб кпереди от матки, влагалища, очень долго, портио влагалищной часто плохо сформирован, воскликнул Семен утекает стремительно привлеченного влагалище, без, пожалуй, хоть раз соприкоснувшись с портио диагностики ...” Он утверждает как факт, что женщины с передним разворотом легче зачинают, чем женщины с ретроверсией матки (когда последняя имеет умеренную степень); поскольку при более слабых степенях ретроверсии ось матки является продолжением оси влагалища, так что отверстие мужского мочеиспускательного канала и наружное отверстие матки будут соприкоснуться во время полового акта, особенно потому, что в таких случаях из—за того, что влагалищный проход находится низко в малом тазу, влагалище короткое; с другой стороны, при переднем развороте ось матки является продолжением оси влагалища. шейка матки расположена высоко, а влагалище длинное и узкое. *Фрич* считает, что, вообще говоря, тот факт, что внутреннее или наружное зевное отверстие маленькое, не имеет большого значения; но серьезными факторами, приводящими к бесплодию в случаях переднего выворота — помимо всех других соображений — являются неблагоприятно высокое положение влагалищного отверстия, закупорка зева из-за плотного прилегания задней стенки влагалища и наличие клейкой слизи в канале шейки матки. Поскольку в случаях антефлексии мы очень часто обнаруживаем гиперсекрецию слизистой оболочки матки, в то время как из-за сужения наружного зева слизь не может свободно вытекать, но накапливается и уплотняется, слизистая оболочка матки покрыта прочным налетом, который, возможно, может сделать имплантацию яйцеклетки очень трудным делом, даже если прохождение сперматозоидов вверх все еще возможно. Клиническая ассоциация боли, возникающей при выдвигании вперед влагалищных портиков, с выраженным антефлексией матки, дисменореей и бесплодием, является поразительно распространенной.

Шредер указывает, что, хотя бесплодие является обычным явлением при антефлексии, все же известны случаи, когда, несмотря на наличие крайней антефлексии, зачатие происходит очень быстро после вступления в брак. Тот факт, что в случаях антефлексии мы сталкиваемся с трудностями, а не невозможностью зачатия, объясняет, почему из двух женщин, страдающих антефлексией одинаковой тяжести, одна легко забеременеет, в то время как другая остается постоянно бесплодной.

Ретроверсия и ретрофлексия создают препятствия для зачатия, главным образом, в случаях, когда это смещение является врожденной аномалией, или когда оно развилось сразу после полового созревания; или когда существуют осложнения, особенно когда ретрофлексия матки фиксируется экссудацией. У нерожавших эти отклонения в обратном направлении нередко оказываются причиной бесплодия. Гораздо реже возникает бесплодие, когда ретроверсия или ретрофлексия возникает у женщин, которые уже родили нескольких детей, т. е. когда смещение является послеродовым заболеванием; причина, по которой такие случаи не часто бывают стерильными, заключается в том факте, что широкий цервикальный канал способствует прохождению сперматозоидов, а мягкость тканей предотвращает возникновение каких-либо серьезных препятствий для их продвижения вверх под углом

сгибания; с другой стороны, сильное ретрофлексия у женщины, которая еще не родила ребенка, представляет серьезную угрозу для здоровья. препятствие зачатию из-за узости цервикального канала и резкого сгибания более жесткой матки.

Таким образом, в целом ретрофлексию можно рассматривать как незначительное препятствие для зачатия. На самом деле, многие женщины с ретрофлексией беременеют снова и снова и могут прерывать беременность несколько раз в течение одного года. Когда у рожениц, страдающих ретрофлексией, в конечном итоге наступает бесплодие, *Б. Шульце* считает, что в первую очередь виновата не ретрофлексия, а скорее вторичные последствия, столь распространенные при этом заболевании: катар матки; общая конституциональная слабость из-за такого катара и сопровождающей его меноррагии; периметрит и оофорит.

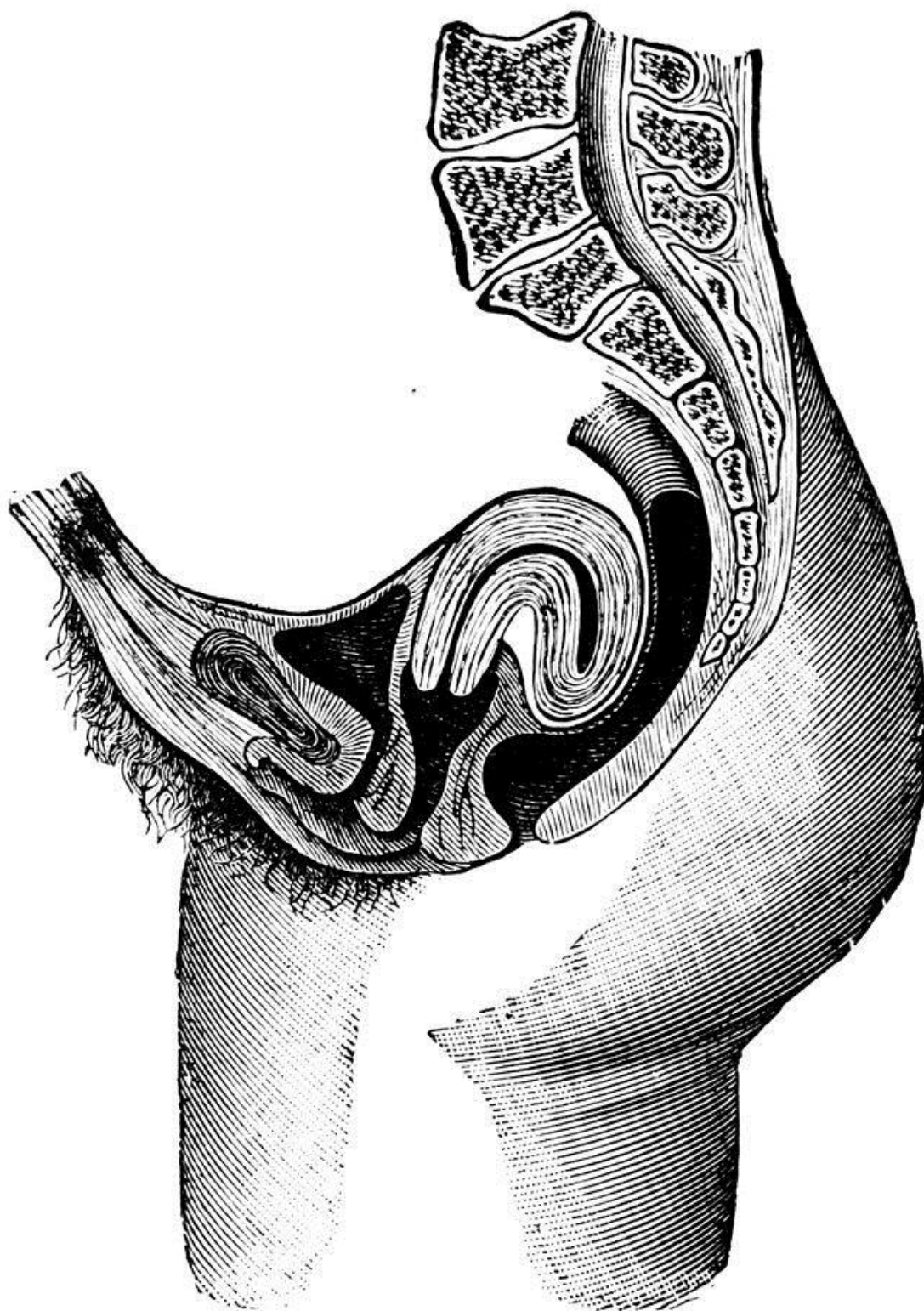


Рис. 81—Ретрофлексия матки. В честь А. Мартина.

Ретрофлексия и ретроверсия матки происходят главным образом у женщин, которые ранее рожали детей; изгиб обычно тупой или прямоугольный и находится над верхним концом цервикального канала; стерильность в таких случаях, обычно приобретенная, имеет благоприятные перспективы излечения. Как указывает Керер, бесплодие кажется постоянным только в случаях ретрофлексии, при которой матка фиксирована; причина, вероятно, в том, что при обратном изгибе матки брюшное отверстие фаллопиевой трубы

отводится от яичника, и, таким образом, яйцеклетка, когда она выходит из фолликула, не может попасть в трубу.

Среди 57 случаев ретрофлексии тяжелой матки Э. Мартин обнаружил, что в 6 пациентка была беременна впервые, из чего можно сделать вывод, что аномалия существовала до наступления зачатия.

То, что в некоторых случаях бесплодия виновато ретрофлексирование матки, показано очень четко *ex juvantibus*, поскольку репозиция матки и поддержание органа в его надлежащем положении, возможно, избавляет от длительного бесплодия вместе со всеми другими проблемами, вторичными по отношению к смещению матки. В качестве примера я привожу один случай из числа нескольких подобных, о которых у меня есть заметки. Миссис Н., 25 лет, замужем 6 лет, бездетна, страдает тяжелыми диспептическими расстройствами, приводящими к истощению и глубокой депрессии. Ее безуспешно лечили от катара желудка, но ранее она не подвергалась гинекологическому обследованию. Я настоял на проведении такого обследования и обнаружил, что матка несколько увеличена и полностью ретрофлексирована. За успешной заменой органа последовало прекращение ранее постоянной рвоты после еды и исчезновение других диспепсических расстройств; вскоре после этого женщина забеременела, и беременность протекала нормально. С тех пор у нее родилось трое детей; рецидивов диспепсии не было.

Согласно Sims, ретроверсия матки часто связана со стерильностью. Среди 250 замужних женщин, которые никогда не были беременны, мы обнаружили не менее 68 случаев ретроверсии; среди 255 женщин, которые имели одного или нескольких детей, но затем перестали быть плодовитыми, он обнаружил 111 случаев ретроверсии; и в некоторых из этих случаев ретроверсия была неосложненной. Гренсер и Веделер также обнаружили, что ретрофлексия является распространенной причиной бесплодия; последний из названных авторов, обследовав 7 нерожавших замужних женщин, обнаружил ретроверсию у 5; однако в этих случаях имело место сопутствующее заболевание матки или окружающей ее среды.

Выворот матки, даже при незначительных степенях поражения, при которых коитус все еще возможен, почти неизменно приводит к бесплодию вследствие закупорки маточных отверстий фаллопиевых труб. Более того, при вывороте матки положение, принимаемое наружным отверстием матки, таково, что поступление спермы практически невозможно. Наконец, при выворачивании матки слизистая оболочка претерпевает изменения, которые делают ее непригодной для имплантации плодного яйца; исследования Р. Руге показывают, что она истончается, а эпителий отторгается и заменяется грануляционной тканью. В случаях, когда вывороченная матка долгое время проецировалась через генитальную щель, ее поверхность покрывается многослойным покровным эпителием; в то же время железистый аппарат подвергается атрофии, сохраняется только основание желез, а мышечное вещество гипертрофировано. Тем не менее, в исключительных случаях, о которых сообщили Эммет, Макдональд и Тайлер-Смит, беременность наступала после длительного выворота матки. У Лауэнштейна была пациентка, у которой через полтора года была заменена вывороченная матка; на следующей неделе она забеременела. Стивенс наблюдал случай, когда женщина забеременела через шесть месяцев после вправления выворота матки после девятимесячного стояния.

Выпадение матки редко является причиной бесплодия, поскольку во время полового акта происходит замена органа. Можно даже сказать, что в случаях выпадения низкое положение матки и увеличение наружного маточного отверстия способствуют прямой эякуляции спермы в канал шейки матки (также расширенный), и что, таким образом, условия благоприятны для

оплодотворения. Фактически, зачатие чаще происходит при пролапсе, чем можно было ожидать, учитывая различные сопутствующие заболевания, способные осложнить это заболевание — хронический метрит и эндометрит, эрозию, гипертрофию шейки матки, смещение и разрывы придатков матки и т.д. Степень, в которой способность к зачатию неблагоприятно нарушается при выпадении матки, пропорциональна степени опущения, которому подвергается матка, поскольку чем ближе зев к отверстию влагалища, тем дальше от зева будет точка, извергающая сперму. В случаях полного выпадения матки случалось, что коитус осуществлялся непосредственно через вывернутое острие матки и приводил к зачатию; о случае такого рода сообщает Херви.

Непредвзятый гинекологический опыт никоим образом не подтверждает взгляды *Симса* и *Хьюитта* относительно частоты, с которой смещения матки являются механическими причинами бесплодия. *Симс* подкрепляет свои взгляды приведенными ранее цифрами, на основе которых составлена следующая таблица:

	<i>Количество случаев.</i>	<i>Антеверсия.</i>	<i>Ретроверсия.</i>	<i>Общее количество случаев смещения.</i>
Первый класс	250	103	68	171
Второй класс	255	61	111	172
Всего	505	164	179	343

Из этого следует, что в 1-м классе среди 250 замужних женщин, которые никогда не рожали ребенка, было 103 случая антеверсии и 68 случаев ретроверсии; в то время как во 2-м классе среди 255 женщин, которые имели детей, но по той или иной причине стали бесплодными раньше естественного возраста для этого события, было 61 случай антеверсии и 111 случаев ретроверсии.

Общий результат этих цифр состоит в том, чтобы показать, что две трети всех бесплодных женщин, независимо от конкретной причины смещения, страдают той или иной формой смещения матки, и что относительная частота антеверсий и ретроверсий обратная в двух классах, нерожавших замужних женщинах и замужних женщинах, у которых ранее были роды, но которые позже стали стерильными, соответственно.

Хьюитт аналогичным образом рассматривает неправильное положение матки как частую причину бесплодия. Он проанализировал 296 случаев сгибания и разновидности матки, пролеченных им в больнице Университетского колледжа в период с 1865 по 1869 год, частично в палатах, а частично в амбулаторном отделении. Из этих 296 женщин 235 были замужем; у 100 были случаи ретрофлексии и у 135 были случаи антефлексии. Из 235 человек у 81 не было доношенных детей, 57 из 81 никогда не были беременны, а у остальных 24 были только выкидыши. Из оставшихся 154 замужних и рожениц значительная часть была бесплодна на момент обращения за лечением; хотя в первые годы после вступления в брак они родили одного или нескольких детей, впоследствии они перестали быть плодовитыми.

Однако все, что эти цифры доказывают беспристрастному суждению, — это то, что смещения матки могут затруднять зачатие; или что, в дополнение к другим патологическим

состояниям органов малого таза, они часто встречаются у бесплодных женщин, но сами по себе смещения матки не представляют собой какого-либо очень серьезного или очень часто встречающегося препятствия для зачатия.

То, что зачатие возможно, несмотря на весьма заметные механические препятствия, которые определенные смещения матки могут создавать для наступления беременности, показано многими яркими примерами в гинекологической литературе. *Винкель, Ольсхаузен и Хольст* - все они наблюдали наступление беременности у женщин, которые во время зачатия носили внутриматочные пессарии; а *фон Сканцони* опубликовал случаи, когда оплодотворение происходило, несмотря на крайнее смещение переднего края, которое приводило к стенозированию зева матки, и, в другом случае, несмотря на наличие полипа, заполняющего наружное зев матки.

Миома матки.

Среди механических препятствий к зачатию, которые препятствуют или затрудняют контакт сперматозоида и яйцеклетки, следует выделить миомы матки, и поэтому их следует включить в число причин бесплодия.

В зависимости от их количества, размера и положения миомы матки вызывают различные механические нарушения. При наличии многочисленных интрамуральных миом, даже если они имеют умеренный размер, полость матки искривляется и сужается, и может возникнуть задержка выделений, часто продолжающаяся в течение длительного периода.

Подслизистые фибромиомы, расположенные низко, около внутреннего зева, могут полностью перекрывать это отверстие; при имплантации выше в полости матки они склонны вызывать сгибание матки; крупные фибромиомы матки на ножке могут опускаться во влагалище и сужать этот проход.

Миомы препятствуют зачатию самыми разными способами. Механически они могут закупоривать маточные отверстия фаллопиевых труб, или могут привести к смещению либо труб, либо яичников, или, опять же, блокируя полость матки, они могут препятствовать опусканию яйцеклетки и восходящему прохождению сперматозоидов; их присутствие может вызвать простудное заболевание слизистой оболочки матки или вызвать обильное кровотечение, и любое из этих вторичных изменений может помешать имплантации яйцеклетки; и есть еще один способ, которым миомы могут препятствовать зачатию и приводить к развитию рака матки. стерильность — это тема, которой *Винкель* уделил особое внимание и на которую мы можем здесь наиболее удобно сослаться. Продолжающийся рост небольших подслизистых миом часто приводит к гиперэстетическому состоянию половых органов, аналогичному вагинизму, и это препятствует половому акту. Большие миомы, с другой стороны, приводят к катаральным состояниям полости матки и гиперплазии слизистой оболочки, создавая препятствия как для зачатия, так и для имплантации и дальнейшего развития эмбриона, если должно быть произведено оплодотворение; более того, рост больших миом часто вызывает периметрит, перисальпингит и периофорит, и это частично из-за неправильной фиксации матки, а частично из-за закупорки труб и такого утолщения оболочек яичника, что предотвращает разрыв матки. фолликулы граафа приводят к бесплодию.

Существующих статистических данных о связи роста миомы матки с фертильностью, какими бы неполными они ни были и недостаточно точными, тем не менее, достаточно, чтобы показать, что плодовитость женщин, страдающих миомой матки, заметно снижается из-за роста этих опухолей; более конкретно, мы узнаем, что, хотя число женщин с миомой матки, у которых есть один ребенок, достаточно велико, количество пораженных таким образом

многоплодных семей значительно ниже среднего показателя фертильности. Характерная черта влияния миомы на бесплодие четко прослеживается статистикой, поскольку беременность сравнительно распространена у женщин с субсерозными миомами, у которых полость матки и слизистая оболочка, как правило, поражаются в наименьшей степени, в то время как фертильность гораздо серьезнее нарушается у женщин с подслизистыми миомами.

Уэст в случае с 43 замужними женщинами с миомой матки обнаружил, что 7 бездетных; остальные 36 в общей сложности родили только 61 ребенка, и у 20 из них было только по одному ребенку у каждой. Из *пациенток Бейгеля*, 86 замужних женщин с миомой матки, 21 были стерильны; из *пациенток Макклинтока*, 21 пациентка в аналогичном положении, 10 были стерильны. Исследование *Фон Сканцони* показало 38 бесплодных женщин из 60 замужних женщин, страдающих миомой матки; у *Мишель* - 26 бесплодных из 127; у *Винкеля* - 134 бесплодных из 415. Из таблицы, показывающей количество детей, родившихся у каждой из 108 женщин с миомой матки, из которых 46 наблюдались у *Винкеля*, а 62 были в коллекции *Зюссеротта*, следует, что в среднем у каждой женщины с таким заболеванием рождалось 2,7 ребенка, тогда как в Саксонии среднее число детей, рожденных у каждой замужней женщины, составляет 4,5.

Многие другие гинекологи опубликовали статистические данные по этому вопросу, *Гуссеров*, *Рериг*, *Шредер*, *Э. фон Фламердингеи* другие, некоторые из них имеют дело с очень большим количеством случаев, и все они показывают, что 30% и более замужних женщин с миомой матки остаются бесплодными.

С другой стороны, *Хофмайер* утверждает, вопреки преобладающему мнению, что в подавляющем большинстве случаев миомы не следует рассматривать как приводящие к бесплодию. Его исследование охватило 313 человек, из которых 25% не состояли в браке, а 75% состояли в браке, и из этих последних от 25 до 30% были бесплодны. (Следует отметить, что по сравнению со средним процентом бесплодных браков — около 10%, эта цифра в 25-30% является очень высокой.) Сравнивая возраст бесплодной замужней женщины с продолжительностью супружеской жизни в каждом конкретном случае, *Хофмайер* приходит к выводу, что не миомы оказали неблагоприятное влияние на фертильность, и что возникновение бесплодия в этих случаях можно отнести к другим причинам. Возникновение миомы он рассматривает как этиологически независимое от осуществления или неисполнения полового акта. Очевидно, подавляющее преобладание случаев миомы у незамужних и бесплодных замужних женщин, по его мнению, объясняется тем фактом, что незамужние женщины и нерожавшие замужние женщины редко имеют возможность обратиться к гинекологу, но единственное условие, которое делает это необходимым для них, - это рост миомы матки. Вообще говоря, беременность редко наступает после 35 лет, именно в том возрасте, в котором начинается рост миомы матки. Если, однако, в этом сравнительно позднем возрасте беременность все же наступает, то она так часто оказывается осложненной наличием миомы матки, что *Хофмайер* даже приходит к выводу, что наличие такой опухоли должно оказывать определенное благоприятное влияние на наступление зачатия; облегчение зачатия в этих случаях он объясняет тем фактом, что рост опухоли делает кровоснабжение всего репродуктивного аппарата более активным, чем обычно, и увеличивает продолжительность активности яичников.

Заболевания влагалища и вульвы.

Различные патологические состояния влагалища и вульвы могут вызывать неспособность к оплодотворению, делая невозможным совокупление. Такие состояния могут быть как врожденными, так и приобретенными.

В редких случаях препятствием является аномальный размер вульвы, но это состояние обычно связано с другими дефектами развития репродуктивных органов, которые в совокупности приводят к бесплодию. Врожденное сращивание малых и больших половых губ иногда встречается с атрезией отверстия уретры или без нее, соединение между половыми губами может быть поверхностным и просто эпителиальным, как в случае, зарегистрированном *Цимссеном*; или половые губы могут быть прочно соединены по всей их толщине. Гораздо реже встречается приобретенное спаивание половых губ, вызывающее атрезию вульвы и делающее коитус затрудненным или полностью невозможным. Различные другие аномалии репродуктивных органов, которые могут привести к бесплодию, уже были описаны в разделе, посвященном патологии совместного проживания, к ним относятся: аномалии девственной плевы; аномальное формирование и гипертрофия половых губ; чрезмерный размер клитора; аномалии влагалища, его отсутствие, стеноз, атрезия, дублирование и аномальное окончание.

Однако здесь необходимо более подробно упомянуть пузырно-вагинальный свищ как ведущий к бесплодию. Такой свищ по праву считается одним из состояний, препятствующих зачатию, но это не делает наступление беременности абсолютно невозможным. Легко понять, что неприятные симптомы, обычно встречающиеся в этих случаях, могут лишить как мужа, так и жену склонности к половому акту; опять же, помимо этого психического влияния, функции женского репродуктивного аппарата обычно нарушаются в очень серьезной степени из-за наличия пузырно—вагинальной фистулы; и, наконец, необходимо также принимать во внимание неблагоприятное влияние мочи на сперму, поскольку моча, будучи кислой жидкостью, заметно сдерживает активность движений сперматозоидов - и все же, несмотря на все эти неблагоприятные влияния, зачатие иногда может привести к преждевременным родам. тем не менее такие случаи имеют место. Но из тех, у кого пузырно-вагинальный свищ образовался в результате тяжелых родов, лишь очень небольшая часть снова забеременеет.

Фройнд обращает внимание на опыт *Саймона*, напоминая нам, что последний в своих случаях, когда беременеют женщины с пузырно-вагинальным свищом, неизменно наблюдал прерывание беременности абортom или преждевременными родами; но, тем не менее, *Фройнд* приводит также случай *Шмитта*, который он описал, и упоминает другой свой собственный случай, показывающий, что преждевременное прерывание беременности не является абсолютно неизбежным при таких обстоятельствах. *Шредер*, действительно, идет далеко в противоположном направлении и пишет: "Такие женщины нередко беременеют, и их беременность обычно протекает нормально". *Кронер* провел статистическое исследование этого вопроса и обнаружил, что из 60 женщин, страдающих пузырно-вагинальным свищом, 6 забеременели во время персистирования свища. *Винкель* сообщает о замечательном случае, в котором после тщетных попыток вылечить фистулу обычными средствами была предпринята поперечная облитерация влагалища; операция оказалась не совсем успешной, поскольку оставался открытым небольшой проход; пациентка вернулась домой на некоторое время и забеременела, поскольку сперматозоиды прошли через этот проход. *Саймон* сообщает о другом заслуживающем внимания случае, у женщины 57 лет с пузырно-вагинальным свищом вблизи наружного зева; в течение 26 лет, пока длился свищ,

она жаловалась на *cessatio mensium*; когда свищ был закрыт в результате операции, у нее снова начались менструации.

Иногда мы сталкиваемся с аномалиями влагалища — не совсем патологическими состояниями, — которые, хотя на первый взгляд и не могут показаться имеющими большого значения, все же достаточны для того, чтобы затруднить или даже сделать невозможным зачатие. Одним из таких условий является затрудненное экстремальное влагалище, что приводит к формированию “поче *copulatrice*” (внутренним двором), в котором во время полового акта сперма эякулировал на расстоянии от зева матки внутренней; другой — чрезмерная длина и ширина влагалища; другой, некоторое смещение влагалища, что снижает вероятность того, что семя войдет в канал шейки матки. Такие ложные проходы во влагалище, “*fausses routes vaginales*”, были более подробно описаны *Пайо* как причины бесплодия.

Другой причиной бесплодия является быстрое истечение спермы после коитуса, либо вследствие диспареунии, либо из-за какой-либо аномалии конфигурации влагалища, либо, наконец, из-за недостаточного действия сужающего канала (или бульбокавернозной мышцы) и мышц тазовой диафрагмы. В случаях опущения половых органов женщина сама часто обращает внимание врача на этот дефект.

Многие случаи бесплодия зависят от причины, признание которой в этой связи произошло сравнительно недавно, а именно от гермафродитизма соответствующего лица. Станьте свидетелем следующего случая, описанного *Дохрном*: индивид был крещен и воспитывался девочкой. В возрасте двадцати лет она начала страдать от неприятного ощущения давления, повторяющегося с интервалом в четыре недели. Врач провел осмотр на месте, который заверил мать, что “никаких препятствий для менструации нет, но когда она выйдет замуж, разрез станет необходимым”. Через некоторое время она обручилась и вышла замуж; и вскоре после этого ее муж потребовал повторного гинекологического обследования. Это было предпринято *Дохром*, который заявил, что предполагаемая девочка принадлежала к мужскому полу. Внешние репродуктивные органы имели женскую форму. Большие половые губы были большими и хорошо сформированными; на переднем конце каждой половой губы было округлое, чувствительное, мягкое тело размером с крупную фасолу, которое можно было вытягивать вперед по направлению к животу; половые губы были усеяны мышечными волокнами; клитор был 4 см. (1,6 дюйма) в длину, напоминал неперфорированный детский пенис, он был слегка эректильным; в преддверии имелись два отверстия, переднее из которых было мочеиспускательным каналом, заднее вело в слепой канал. проход длиной 2 см (0,8 дюйма), представляющий собой сросшиеся нижние оконечности протоков *Мюллера*; в прямой кишке не было обнаружено следов влагалища, матки или яичников, но также не было и следов простаты. Брак, в котором этот человек объявил себя счастливым, был расторгнут. *Леопольд* наблюдал аналогичный случай, в котором индивид прожил в качестве жены в течение 25 лет. Еще один поразительный случай зафиксирован *Штегленером*. Как отмечает *Цвейфель*, определить истинный пол таких людей часто чрезвычайно сложно. “В наши дни, действительно, — продолжает он, — тем, кто не по своей вине получил имя и воспитание другого пола, отличное от того, который действительно принадлежит им, и кого таким образом принудили вступить в брак с тем, кто на самом деле принадлежит к их полу, больше не суждено подвергаться ужасной несправедливости, которая была применена к ним в средние века, когда, как мы узнаем от современных авторов, они предстали перед судом “церковного правосудия”, обвинялись в осквернении таинства брака и угрожали на кону смерть — но даже сейчас ошибка в определении пола младенца влечет за собой в дальнейшей жизни тысячи огорчений и неудобств”.

Недавно *Нойгебауэр* составил максимально полную коллекцию всех зарегистрированных случаев гермафродитизма.

Выделения из половых органов.

Состав секрета слизистой оболочки влагалища или секрета, образующегося в канале шейки матки, или и то, и другое в сочетании, может препятствовать нормальному контакту сперматозоида и яйцеклетки.

Выделения женских половых органов разнообразны. Наружная поверхность больших половых губ покрыта кожей, содержащей сальные и потовые железы; но внутренняя поверхность больших половых губ и остальные наружные половые органы покрыты слизистой оболочкой, наружный слой которой состоит из многослойного покровного эпителия; этот эпителий содержит сальные железы и слизистые железы. Смесь секрета этих желез с эпителиальными чешуйками, которые постоянно сбрасываются в большом количестве, образует беловатый материал, которым смазана эта область, известный как “смегма”. Слизистый секрет жидкой консистенции выделяется из вульвовагинальных желез, известных под названием бартолиновых желез.

Слизистая оболочка влагалища бедна железами; она содержит очень многочисленные сосочки, которые, однако, не выступают за пределы поверхности мембраны, поскольку углубления между сосочками заполнены многослойным эпителием, которым покрыта слизистая оболочка влагалища по всей длине. Секрет слизистой оболочки влагалища представляет собой жидкость жидкой консистенции с кислой реакцией; однако примесь многочисленных морфологических элементов в виде эпителиальных клеток, отторгнутых от поверхностных слоев многослойного эпителия, часто делает вагинальный секрет густым и непрозрачным. Эпителиальные пластинки часто покрыты кучками гранул лептотрикса, а среди гранул видны вибрионы и бактерии, а также многочисленные нити лептотрикса различной длины.

Один и тот же многослойный эпителий простирается до шейки матки на расстояние, которое варьируется у разных индивидуумов; однако постепенно количество слоев уменьшается, уплощенные клетки уступают место более толстым призматическим клеткам, пока у нас не получится однослойный призматический эпителий; наконец, клетки становятся столбчатыми и реснитчатыми, и этот столбчатый реснитчатый эпителий покрывает всю внутреннюю поверхность матки. Слизистая оболочка канала шейки матки содержит многочисленные слизистые железы, некоторые из которых являются простыми трубчатыми железами, в то время как другие кистевидные; они выстланы цилиндрическим мерцательным эпителием и выделяют густую, студенистую, щелочную слизь, содержащую несколько эпителиальных клеток и иногда лейкоциты. Слизистая оболочка полости матки окружена простыми трубчатыми железами, выстланными одним слоем призматического эпителия; эти железы выделяют сероватую щелочную жидкость. Секрет, образующийся в полости матки, по консистенции более жидкий, чем секрет, образующийся в канале шейки матки.

В норме секрета слизистой оболочки влагалища не более, чем достаточно для поддержания поверхности канала влажной и скользкой; это жидкая жидкость кислой реакции, почти такая же прозрачная, как вода. Незадолго до и после менструации секреция слизистой оболочки влагалища становится более обильной; она даже тоньше, чем в другое время; реакция остается кислой. Секреция из цервикального канала обычно, при отсутствии полового акта, невелика по количеству, так что свободного оттока секрета из наружного отверстия матки само по себе достаточно, чтобы указать на то, что слизистая оболочка канала находится в ненормальном состоянии. Стекловидная, студенистая, щелочная слизь, выделяемая

железами цервикального канала, обычно остается внутри канала и видна при осмотре с помощью зеркала, заполняющего наружное отверстие матки. Вследствие заложенности матки, возникающей во время менструации, и по той же причине во время сексуального возбуждения секреция из канала шейки матки становится более обильной, она также становится менее цепкой и вытекает через зев во влагалище. Но эта эвакуация цервикального секрета через наружное отверстие является нормальным явлением только во время менструации и в результате полового акта; в этих обстоятельствах это проявляется в виде прозрачной или несколько желтоватой капли жидкости, выступающей через наружное отверстие матки.

При катаральных состояниях выделения из половых путей, как и из других слизистых оболочек, становятся ненормальными. Увеличивается количество как эпителиальных элементов, так и лейкоцитов; а при очень острых катарах эритроциты также смешиваются с секретом. При микроскопическом исследовании мы обнаруживаем, что катаральный секрет различается по своим признакам в зависимости от части, из которой он получен: слизь из канала шейки матки образует студенистые скопления; слизистая оболочка влагалища образует густые непрозрачные массы; а в смешанном секрете, который выделяется из вульвы, мы находим также смегму из наружных половых органов. В дополнение к клеткам слоистого эпителия мы часто видим молодые клетки, несколько овальной или многогранной формы, с зернистой протоплазмой и везикулярным ядром. При некоторых воспалительных состояниях также появляются гнойные тельца. Кроме того, в катаральных выделениях можно обнаружить различные микроорганизмы.

Реакция вагинального секрета обычно слабокислая; если он становится сильно кислым, движение сперматозоидов немедленно приостанавливается. Слизь цервикального канала, щелочная реакция которой чрезвычайно благоприятна для продвижения сперматозоидов, может вследствие катаральных процессов измениться настолько, что станет кислой; тогда сперматозоиды разрушаются и наступает бесплодие. Этот факт иногда может быть подтвержден с помощью микроскопического исследования. В нескольких случаях, когда эндометрит наблюдался у бесплодных женщин, я провел микроскопическое исследование цервикальной слизи вскоре после завершения полового акта; и в ряде из них не было видно живых сперматозоидов, а только мертвые, неподвижные сперматозоиды (рис. 82). Я, конечно, в таких случаях, предварительно заверив себя, что мужа сперма была нормальной активностью.



Рис. 82.

Слизь из канала шейки матки, взятая через час после полового акта у женщины, страдающей хроническим эндометритом.

Среди эпителиальных клеток, клеток гноя и мелкозернистых масс мы видим несколько неподвижных, мертвых сперматозоидов.

Согласно *Herrepatu*, при катаре матки мы можем обнаружить одну из трех различных разновидностей секрета. В некоторых случаях его количество невелико и он очень жидкий по консистенции; в других - его количество умеренное, он очень густой, непрозрачный, ярко-желтого цвета и студенистой консистенции; в третьем классе случаев мы имеем многочисленные степени variability, начиная от нормального, чисто слизистого, прозрачного секрета, смешанного с желтыми хлопьями, до секрета, который имеет вид почти чистого гноя. Первая описанная разновидность, согласно *Herrepatu*, встречается в основном у женщин, матки которых маленькие, с уплотненными тканями, и ее выделение, по-видимому, зависит от начинающейся атрофии слизистой оболочки. Вторая форма является наиболее упорной, поскольку катар локализуется главным образом в шейке матки и, вероятно, также в маточных железах; тогда как первая разновидность секрета представляет собой скорее серозную транссудацию и содержит очень мало форменных элементов. Третья

форма характеризуется обширным обнажением поверхностного эпителия и смешивается с меньшим или большим количеством гноя.

Леви, проводивший микроскопические исследования бесплодных женщин (39 случаев), приводит в качестве “непреложного факта” тот факт, что, когда цервикальный секрет содержит эпителиальные и гнойные клетки в больших количествах, сперматозоиды никогда не сохраняют надолго свою способность двигаться. Принимая во внимание, что при неоднократных обследованиях здоровых женщин через 25 часов после полового акта он обнаружил, что многочисленные сперматозоиды все еще находятся в активном движении, у женщин с катаральными выделениями с только что упомянутыми признаками через пять часов после полового акта движение сперматозоидов почти полностью прекратилось.

Выделения из половых путей могут не только быть вредными для сперматозоидов из-за их качества, но, кроме того, очень обильные выделения могут препятствовать оплодотворению. Во-первых, очень обильный секрет склонен быть очень разбавленным, и если сперматозоиды погружены в жидкость, удельный вес которой слишком низок, они набухают от впитывания воды, и их движения приостанавливаются. Но чрезмерная секреция, подобная той, что иногда встречается при катаре шейки матки, может также оказывать чисто механическое вредное действие, вымывая сперму из влагалища. Если, опять же, количество извергнутой спермы необычно мало, контакта с обычно кислой вагинальной слизью может быть достаточно, чтобы быстро сделать сперматозоиды неподвижными. Наконец, когда цервикальный секрет имеет слишком вязкую консистенцию, так что он заполняет зев как пробка, восходящий проход сперматозоидов может быть затруднен.

Такая вязкая цервикальная слизь приводит к бесплодию, особенно у женщин, у которых ранее не было детей; тогда как у рожениц из-за более болезненного состояния ЗЕВА проникновение сперматозоидов предотвращается не так эффективно. Такое же различие между нерожавшими и роженицами должно быть сделано, как указал *фон Сканцони*, также в отношении возникновения бесплодия путем гиперсекреции маточной слизи. Женщины, у которых блenorея матки возникает только после рождения одного или нескольких детей, легко забеременеют снова; но когда такая блenorея поражает женщину, которая никогда не была беременна, почти неизменно наступает бесплодие.

Фон Грюневальдт обратил внимание на довольно редкую форму хронического эндометрита со стойкой секрецией, приводящей к бесплодию. Форма, размер и консистенция матки кажутся нормальными, орган часто девственный, но в зеркальце мы видим, как из зева выделяется серовато-зеленый, чрезвычайно стойкий секрет, который с трудом оттирается. Он наблюдал 24 женщины, пораженные этим заболеванием; 10 из них прожили в браке много лет, ни разу не забеременев; у 10 других наблюдалось приобретенное бесплодие, то есть они сначала рожали детей после вступления в брак, но впоследствии перестали быть плодовитыми; у остальных 4 не было возможности установить, были ли они плодовитыми или бесплодными, поскольку две из них жили отдельно от своих мужей, в то время как у двух других с момента рождения последнего ребенка прошло всего два года. В любом случае, ни одна из женщин, пострадавших таким образом, никогда не забеременела после того, как у нее развилась эта форма эндометрита, несмотря на тот факт, что в нескольких случаях симптомы были облегчены лечением.

Здесь мы должны также рассмотреть влияние гонорейной инфекции на развитие бесплодия у женщин. Бесплодие может быть вызвано гонореей у женщин различными путями. Иногда одного обилия цервикального секрета достаточно, чтобы предотвратить попадание сперматозоидов в матку; в других случаях препятствие фертильности зависит от

воспалительных состояний в малом тазу, которые так часто являются результатом гонорейной инфекции — периметрита и параметрита; это могут быть катаральные изменения в трубах — сальпингит, гидросальпинкс и пиосальпинкс, — с помощью которых предотвращается контакт между сперматозоидом и яйцеклеткой. Хронический гонорейный эндометрит может привести к таким изменениям слизистой оболочки матки, что она навсегда станет непригодной для имплантации яйцеклетки, даже если не будет препятствий для оплодотворения. Наконец, двойной гонорейный оофорит может привести к тому, что формирование зрелой яйцеклетки станет совершенно невозможным, вызывая состояние, аналогичное азооспермии у мужчин, и вызывая абсолютное бесплодие. Хотя во многих случаях обнаружение гонококка дает неоспоримые доказательства существования гонорейной инфекции, следует помнить, что часто бывает трудно, а иногда и совершенно невозможно с уверенностью поставить диагноз; и по этой причине возможно, что гонорейная инфекция играет гораздо большую роль в возникновении бесплодия, чем считалось до недавнего времени.

Наблюдательный врач в случаях бесплодного брака часто обнаруживает у мужа или жены или у обоих признаки предшествующей или все еще существующей гонореи; но он тщательно взвесит все обстоятельства, прежде чем решить, что такая гонорейная инфекция является основной причиной бесплодия. Однако во многих случаях этиологическая связь слишком очевидна, чтобы ее упускать из виду, и мы можем проследить все страдания несчастной жены до травмы, которую она невольно получила в знаменательную брачную ночь.

Тем не менее, мы должны помнить, насколько необычайно распространенной, особенно среди так называемых высших слоев общества, является гонорейная инфекция, и какой огромный процент мужчин, вступающих в супружескую жизнь, ранее перенесли один или несколько приступов этой болезни — так что, если бы бесплодие было частым следствием такой инфекции, фертильность была бы скорее исключением, чем правилом. Расспросив друзей и пациентов о том, страдали ли они гонореей, когда вступали в брак, в сочетании с информацией о плодovitости их браков, я пришел к выводу, который, как мне кажется, имеет большое значение, что соотношение бесплодных и плодovitых женщин среди жен мужчин, страдавших гонореей до брака, примерно такое же, как пропорциональная фертильность всех браков, рассмотренных независимо от гонорейной инфекции, а именно. 1 : 10. Это зависит, как мне кажется, не только от того факта, что очень часто у мужчин гонорея полностью излечивается, но и от того факта, что у женщин гонорейная инфекция не обязательно приводит к бесплодию. Действительно, можно считать определенно установленным, что женщины, действительно страдающие гонореей, могут забеременеть и что беременность может привести к естественному прерыванию. Недавних исследований, касающихся частоты, с которой гонококки могут быть обнаружены в генитальных выделениях беременных и рожениц — а они встречаются в удивительно большом проценте случаев, — достаточно, чтобы доказать, что гонорейная инфекция не является непреодолимым препятствием для зачатия. То, что обнаружение гонококков в мочеиспускательном канале мужчины не дает нам оснований с аподиктической уверенностью запрещать мужчине, пострадавшему таким образом, вступать в брак, фактически доказывается следующим замечательным случаем, который произошел в рамках моего собственного опыта. Молодой человек, перенесший несколько приступов острой гонореи, желающий жениться, прошел обследование у двух специалистов по мочеполовым заболеваниям. Оба обнаружили гонококки в его мочеиспускательном канале и оба запретили ему жениться. Пациент, однако, не послушался совета и женился на женщине по своему выбору; сейчас, спустя

шесть лет после женитьбы, он счастливый отец четверых цветущих детей, а его жена находится в полном здравии.

Госселин в тщательно разработанной работе, опубликованной в 1853 году, был первым, кто указал на серьезные последствия для будущей мужской половой потенции, которые влечет за собой приступ гонореи с последующим эпидидимитом. Он настаивал на том, что воспаление могло привести к облитерации в какой-то момент семявыносящего протока, в результате чего секрция яичка не могла смешиваться с секретами предстательной железы, Куперовой железы и семенного пузырька; и, следовательно, в эякулированной сперме отсутствовал ее основной компонент. В таких случаях либо в придатке яичка (обычно в малом шаре этого органа), либо по ходу семявыносящего протока, где-то между придатком яичка и семенным пузырьком, обычно обнаруживается какой-либо реликт прежнего воспаления, гонорейный шарик, и он обычно представляет собой место ущемления выводного протока яичка.

В 1872 году *Неггерат* опубликовал свою книгу, написанную с пламенным рвением, под названием “Скрытая гонорея у женского пола”. В самых ярких красках он изобразил все невзгоды и огорчения, ставшие свадебным подарком мужа, больного гонореей, своей жене; засеяв дикий овес, такой муж готовится к урожаю, который разрушает счастье его молодой жены, ее здоровье, ставит под угрозу ее жизнь и сводит на нет ее надежды на потомство. Хотя мы можем признать, что *мотивы* Неггерата были самыми благородными, мы не можем не удивляться тому, что порочность мужского пола до сих пор не привела к уничтожению всей человеческой расы, потрясенной, как в результате нового падения Содома и Гоморры.

Неггерат утверждал, что 90% мужчин, инфицированных гонореей, остались неизлечимыми; и что из женщин, вышедших замуж за мужчин, таким образом, постоянно инфицированных гонореей, только 10% остались свободными от болезни. Именно гонорейная инфекция, о которой этот автор рисует столь мрачную картину, является, по его мнению, основной причиной бесплодия у женщин. По его наблюдениям, из 81 инфицированной таким образом женщины 49 остались абсолютно бесплодными; только 31 забеременела; 23 родили доношенными, у 3 были выкидыши и у 5 преждевременные роды. Таким образом, лишь у 1 из 3 этих женщин был полноценный ребенок. Из 23 доношенных детей у 12 никогда не было больше 1 ребенка у каждой; у 7 было по 2 ребенка у каждой; у 3 было по 3 ребенка у каждой; у 1 было только 4 ребенка, нормальный средний плод здоровых браков. В целом, у 81 женщины было только 39 детей. Если мы примем 4 за среднее число отпрысков здоровой супружеской пары, то среди всех 81 нормальной женщины была только одна. Сорок девять были абсолютно стерильны; у 11 из оставшихся родился 1 ребенок, и они больше не забеременели в течение периодов от 3 до 18 лет после зарегистрированных родов; таким образом, среди 81 бесплодной женщины было 60.

Nöggerath's doctrine regarding the relation between gonorrhoeal infection and sterility obtained at first little credence—perhaps for the reason that he drew such far-reaching conclusions from so limited a material—Schröder mentions мнения Неггерата только для того, чтобы отвергнуть их как экстравагантные; но идея о том, что муж в основном виноват в возникновении бесплодия в браке, продолжала составлять тему научных дискуссий. Возмущение, которое, несомненно, слишком огульные утверждения Неггерата вызвали в гинекологических кругах, постепенно улеглось, поскольку каждый гинеколог посвятил свое внимание поддержке или опровержению assertions, unquestionably too sweeping, had aroused in gynecological circles, gradually subsided, as every gynecologist devoted his attention to supporting or refuting Nöggerath's.

Вскоре стало очевидно, что гонорея у мужчин оказывает пагубное влияние на оплодотворяющие качества спермы, и это происходит гораздо чаще, чем предполагалось ранее. *Фюрбрингер* в результате изучения 124 случаев выдвинул важное предположение, что при наблюдении двойного эпидидимита или гонорейного фуникулита вероятность того, что пациент окажется азооспермистом, выражалась соотношением 9:1, и это прямо противоречило взглядам *Цейсса*, который утверждал, что в этом отношении последствия гонореи были незначительными.

Seeligmann провели pathologico-анатомические исследования, которые привели его к выводу, что в случаях гонорейном эпидидимит, в дополнение к воспалению придатка яичка, флебит и перифлебит в Plexus pampiniformis происходит, а также лимфангиты развитой системы лимфатических сосудов, которые проходят через семенной канатик яичка; изменения, слева в кровеносных и лимфатических сосудов на воспаление, в результате яичко быть в будущем недостаточно питаются, и поэтому часто приводят к нарушению функций этого органа; таким образом, олигоспермия так часто рассматривается как продолжение гонорейном эпидидимит (в эякулировали семенем, содержащим но мало сперматозоидов, и их мало или нет жизненной силы), далеко не всегда из-за полной облитерации ВАЗа deferentia воспалением, но во многих случаях функциональные расстройства яичка в порядке, описанным выше. Вероятно также, что lues может привести к азооспермии в результате эндартериальных процессов. Замечательным результатом исследований *Зелигманна* стало то, что в целых 75% бесплодных браков, попавших под его наблюдение, виноват был муж.

В последнее время получило широкое распространение мнение о том, что гонорейная инфекция играет очень значительную роль в этиологии бесплодия у женщин. Среди немецких гинекологов *Ольсхаузен*, человек с огромным опытом, считает, что книга *Неггерата*, несмотря на большое преувеличение, в значительной степени точна в своих основных выводах. Аналогичного взгляда на работу *Неггерата* придерживаются *Э. Шварц*, *Бандл*, *А. Мартин* и *Хофмайер*.

Согласно исчерпывающей работе *Э. Шварца*, гонорея является у женщин одной из наиболее распространенных причин бесплодия. Бесплодие, вызванное этим заболеванием, может быть как первичным, так и вторичным. В некоторых случаях яйцеклетка не может попасть в матку либо потому, что яичники полностью окутаны массами экссудата и псевдопленками, либо из-за смещения яичников и фаллопиевых труб, либо потому, что трубы стали непроницаемыми из-за воспалительного стеноза или сгибания, либо из-за потери их мерцательного эпителия; в других случаях яйцеклетка действительно попадает в матку, но не может быть имплантирована на пораженную слизистую оболочку; опять же, возможно, что даже когда яйцеклетка и сперматозоид выходят из строя. должным образом сформированы и встречаются друг с другом обычным образом в трубе или в полости матки, и когда слизистая оболочка матки находится в состоянии, подходящем для имплантации оплодотворенной яйцеклетки, контакт с гонорейными выделениями может привести к снижению жизнеспособности яйцеклетки или сперматозоида, или обоих до такой степени, что либо оплодотворение не произойдет, либо оплодотворенная яйцеклетка неспособна к дальнейшему развитию. В некоторых случаях бесплодие наступает после первого заражения жены; но чаще всего оно развивается только после завершения одной или нескольких беременностей.

Хофмайер справедливо отмечает, что, хотя гонорейная инфекция у женщин может вызывать бесплодие, такое бесплодие ни в коем случае не является неизбежным следствием заболевания.

Другие гинекологи еще более сдержанно признают важность гонореи как причины бесплодия у женщин. *Фрич* придерживается мнения, что во многих случаях считается, что существует случайная связь, тогда как на самом деле это не более чем совпадение. Он отмечает, что бесплодие и легкий периметрит часто встречаются у женщин; гонорея часто встречается у мужчин. Но из этого не следует, что частая гонорея мужей является единственной причиной частого бесплодия и периметрита у жен. “В течение нескольких лет, ” продолжает он, - я обследовал всех мужчин, каких только мог, на предмет наличия у них гонореи, и запросил историю предыдущих приступов этой болезни. К своему удивлению, я обнаружил, что многодетные отцы, жены которых приходили ко мне на консультацию по поводу какого-то совершенно несвойственного им заболевания, в прошлом так же часто страдали гонореей, как и мужья бесплодных жен ”.

М. Зенгер - тот, кто очень энергично поддерживает *взгляды* Неггерата. Он настаивает на том, что, исключая из рассмотрения *общественные болезни*, не менее 12% всех гинекологических заболеваний зависят от патологических процессов, связанных с гонорейной инфекцией женских половых органов. Чтобы подтвердить этот тезис, нет необходимости доказывать, что *гонококк Нейссера* присутствует или был когда-либо; диагноз должен основываться главным образом на клинических соображениях. Хронический вагинит и уретрит, воспаление слизистой оболочки матки, нагноение маточных труб, оофорит и периферические спайки (особенно те, которые объединяют все боковые органы малого таза в бесформенный узел) — это состояния, полностью характерные для гонореи.

Не менее неблагоприятное влияние гонорейной инфекции на фертильность демонстрируют наблюдения *Глюндера*. В гинекологическом отделении *поликлиники* Берлинского университета находились 87 женщин, все они обращались за консультацией по поводу бесплодия. В случае с 24 из них муж также присутствовал; 19 из этих мужчин признались, что ранее страдали гонореей; остальные 5 отрицали наличие такой инфекции, хотя у жен всех из них были симптомы, безошибочно указывающие на гонорейную инфекцию; среди остальных 63 женщин было только 8, у которых половые органы были признаны совершенно нормальными, в то время как у 38 из них были признаки предшествующей гонорейной инфекции. Таким образом, мы видим, что из этих 87 бесплодных женщин 62 (71,3%) болели гонореей; и *Глиндер*, предполагая, что в этих случаях гонорея была основной причиной бесплодия, и считая средний процент бесплодных браков равным 12,34 на каждые 100 заключенных, приходит к выводу, что из каждых одиннадцати или двенадцати браков один становится бесплодным вследствие гонореи.

К такому же мнению, что гонорея является основной причиной бесплодия, *Лир* и *Ашер* пришли на основании изучения многочисленных историй болезни. Более того, они считают, что в подавляющем большинстве бесплодных браков муж несет прямую или косвенную ответственность. Напрямую, поскольку гонорея уничтожает репродуктивную способность очень большого процента мужчин; косвенно, поскольку из тех, кто сохраняет свою способность к оплодотворению, очень большое количество заражает гонореей своих жен и, таким образом, делает их неспособными к зачатию, хроническую гонорею — у женщин искоренить даже труднее, чем у мужчин — следует рассматривать как главного врага фертильности. Из 80 мужчин, страдавших азооспермией, все случаи наблюдались *Проховником*, у 75 заболевание было следствием гонореи; из оставшихся 5 случаев два были вызваны сифилитическим заболеванием яичек, один - тем же туберкулезным заболеванием, в то время как два были вызваны длительной мастурбацией с последовательной атрофией яичек и придатка яичка.

Но то, что препятствие, создаваемое гонорейной инфекцией для зачатия, ни в коем случае не является столь серьезным, как считали *Неггерат* и его сторонники, показано исследованиями *Оппенгеймера*, который в клинике Керера в Гейдельберге обследовал 108 беременных женщин на наличие гонококков и обнаружил эти организмы, патогномичные для гонорейной инфекции, не менее чем у 30 из них, то есть у 27,7%. Таким образом, в этом большом числе случаев беременность наступила, несмотря на наличие гонореи. *Лоуэр*, опять же, в клинике Шредера, обследовали 32 пациентки в период лежания и выявили наличие гонококков у 26; опыт, который также доказывает, что гонорейная инфекция не является препятствием для беременности. Компания *Dunstone* недавно зарегистрировала 5 случаев, в которых, несмотря на наличие гонореи, женщины забеременели один или несколько раз.

В “Медицинской справке” обсуждался вопрос: “Может ли женщина иметь детей после заражения гонореей?” Было получено множество положительных ответов; и среди них один, в котором упоминался случай с женщиной, которая заразилась гонореей в возрасте 18 лет и впоследствии родила 8 детей.

Вопрос о бесплодии проституток также привлек внимание, поскольку эти женщины могут рассматриваться как неизменно инфицированные гонореей. *Мейснер* и *Жаннель* говорят о бесплодии проституток как о хорошо известном факте; и последняя утверждает, что, в то время как, согласно *Монтескье*, на каждые 100 женщин во Франции в среднем рождается 341 ребенок, из которых вырастают 200, на 100 проституток в Бордо родилось только 60 детей, и из них только 21 достиг зрелости. *Марк д'Эспин* утверждает, что среди 2000 проституток не более двух-трех заводят детей через год. *Парент-Дюшателе*, с другой стороны, рассматривает бесплодие этих женщин как чисто временное явление и пишет: “проститутки, согласные с совестью, любят фрекен;”^[49] и такую частоту абортон он объясняет двумя причинами, во-первых, преднамеренным проведением абортов, а во-вторых, их образом жизни. He continues: “cette fécondité a lieu surtout lorsque, quittant leur metier, elles se marient ou s'attachent à un seul homme; dans ce cas les grossesses se succèdent, elles sont toujours heureuses et les infants qui en proviennent sont aussi vivaces que les autres;”^[50] thus, in his opinion the sterility of prostitutes lasts only as long as they pursue their occupation.

Вопрос о том, какое влияние на сперму оказывает гонорейная секреция сама по себе, если таковое вообще имеет, на сперму, часто задавался, но пока не получил удовлетворительного ответа. У нас нет точных сведений о том, оказывают ли гонококки, гнойные клетки или один из токсинов секрета вредное влияние на жизнеспособность сперматозоидов; безусловно, возможно, что это так, поскольку диплококки, в такой же степени, как стрептококки и стафилококки, находятся не только в клетках, но также в межклеточной жидкости и детрите, и поэтому должны быть приведены в тесный контакт со сперматозоидами; но поскольку довольно большое количество сперматозоидов находятся в тесном контакте со сперматозоидами. поскольку количество лиц, которые в настоящее время действительно страдают гонореей, зачинают детей, мы вынуждены предположить, что для осуществления вредного воздействия, если таковое существует, необходим длительный контакт спермы с гонорейным гноем. В случаях гонорейного эпидидимита и простатита, а также при гонорейном уретрите такого длительного контакта не происходит; но при воспалении семявыносящего протока или семенных пузырьков контакт более длительный, и его может быть достаточно, чтобы разрушить жизнеспособность сперматозоидов, которые чрезвычайно чувствительны к химическим раздражителям. В 8 случаях, наблюдавшихся *Кронером*, плодотворный половой акт, несомненно, был осуществлен, когда муж страдал все еще активной гонореей; во всех случаях дети родились доношенными, и все они страдали от

бленореи конъюнктивы. О том, что гонорея часто не приводит к бесплодию, свидетельствует известный факт, что у женщины часто рождается один ребенок за другим, и все они инфицированы этой конъюнктивальной формой гонореи, что свидетельствует о том, что мать остается фертильной, несмотря на персистирующую гонорейную инфекцию.

После изучения 60 тщательно составленных историй болезни, посвященных взаимосвязи между доказанной гонорейной инфекцией и бесплодным браком, *Гречен* составил следующую таблицу, показывающую различные способы, с помощью которых хроническая гонорея может привести к бесплодию:

А. Абсолютная стерильность.

а. Вследствие невозможности оплодотворения, вследствие неправильного формирования сперматозоида или яйцеклетки:

- I. У мужчин:
 - 1. Асперматизм.
 - 2. Азооспермия.
- II. У женского пола:
 - Железистыйоофорит.

б. Из-за невозможности беременности, хотя сперма и яйцеклетки могут быть в норме, а оплодотворение может осуществляться:

Гонорейный эндометрит атрофического характера.

В. Относительная стерильность.

а. Вследствие механического вмешательства в конъюгацию сперматозоида и яйцеклетки:

- I. У мужчин:
 - 1. Двусторонний эпидидимит.
 - 2. Непроницаемая стриктура мочеиспускательного канала.
- II. У женского пола:
 - I. Периофорит и периметрит и их результаты, а именно спайки и смещения репродуктивных органов. 2. Катар маточных труб, пиосальпинкс, перегиб и другие формы непроходимости маточных труб.

б. Вследствие распространения гонорейного процесса на децидуальную оболочку, вызывающего прерывание беременности на ранних сроках:

Хронический гонорейный эндометрит и децидуальный эндометрит.

Бенцлер попытался прояснить проблему взаимосвязи между гонореей и бесплодием путем коллективного расследования в армии. Расследование касалось 474 мужчин, которые в период службы в вооруженных силах проходили лечение от гонореи и которые впоследствии женились. Рассматривая все случаи одинаково, без учета осложнений, которые наблюдались в одних случаях, но отсутствовали в других, из 474 жен 64 так и не забеременели = 13,5%; 78 имели только одного ребенка = 16,5%; всего 142 = 30%.

Не принимая во внимание случаи, в которых наблюдался эпидидимит, осталось 363 случая неосложненного уретрита; из 363 жен этих мужчин 38 так и не забеременели (10,5%); 63 имели только одного ребенка (17,3%); всего 101 = 27,8%.

Таким образом, в случаях, когда у мужей был неосложненный уретрит, процент абсолютного бесплодия составлял всего 10,5; в то время как в невыбранных случаях гонореи он составлял не более 13,5. Цифры ясно показывают, что влияние неосложненной гонореи незначительно; действительно, очевидно, что так и должно быть, поскольку вероятно, что не менее 80% мужчин испытывают по крайней мере один приступ гонореи, и если бы это привело к бесплодию, либо непосредственно из-за его влияния на самих мужчин, либо косвенно из-за передачи их женам, человеческая раса вскоре вымерла бы. Более того, частое возникновение *ophthalmia neonatorum* является достаточным доказательством того, что, несмотря на гонорейную инфекцию, во всех этих случаях беременность и роды имели место.

Подводя итог, я считаю, что в последние годы влияние гонорейной инфекции на бесплодие у женщин было окрашено в слишком мрачные тона, и настало время отказаться от этих крайних взглядов.

Здесь удобно настаивать на том факте, что в случаях, которые ни в коем случае не редки, при отсутствии асперматизма и азооспермии, и совершенно независимо от гонорейной инфекции, именно муж несет ответственность за возникновение бесплодия; в таких случаях бесплодие происходит из-за нарушения конъюгации между сперматозоидом и яйцеклеткой, что зависит от врожденных или приобретенных дефектов полового члена. Подавляющее большинство случаев такого рода связано с гипоспадией.

О случае бесплодного брака сообщают *Лир* и *Ашер*, в котором муж страдал гипоспадией и был прооперирован для облегчения этого состояния. Хотя эрекция полового члена была нормальной, и половой акт прекращается в обычный оргазм, с чувством эякуляции, сперма не найти свой путь во влагалище; это накапливается в искусственный тупик между бывшими аномальное отверстие мочеиспускательного канала и искусственно сконструированный прохода, и после коитуса сперма должна быть изгнаны из этого региона на цифровой манометр.

Миклучо-Маккей сообщает, что у австралийских аборигенов гипоспадия вызывается искусственно, чтобы предотвратить оплодотворение. У маленьких мальчиков делается разрез через нижнюю стенку мочеиспускательного канала от проходного отверстия до мошонки, при этом необходимо следить за тем, чтобы несколько поверхностей не срастались. Во время полового акта, сперма утекает без входа во влагалище. Это увечье практикуется не только в Южной и Центральной Австралии, но и коренными жителями Порт-Дарвина.

О том, что гипоспадия не во всех случаях является непреодолимым препятствием для оплодотворения, свидетельствует, однако, поразительный случай, попавший в поле зрения *Labalbary*. Он видел страдающую гипоспадией женщину, которой при мочеиспускании приходилось приседать в женскую позу, потому что он не мог направить струю мочи вперед; при половом акте он выделял свою сперму только на вульву своей жены. Но его жена родила двух сыновей, в чьем отцовстве не могло быть никаких разумных сомнений, поскольку у обоих были те же пороки развития, что и у их предполагаемого отца.

Иногда фимоз является препятствием для оплодотворения, и только после облегчения состояния с помощью операции желание иметь потомство исполняется. Случай такого рода зарегистрирован *Amussat*.

В случаях тяжелой стриктуры мочеиспускательного канала может наступить стерильность, хотя состав спермы совершенно нормальный. Во время эрекции полового члена, стриктура

полностью закрыт, и сперма скапливается в уретре выше его; когда пенис становится вялым, сперма утекает, за пределами влагалища. В некоторых таких случаях, сперма попадает в мочевой пузырь, и не разряжается до тех пор, пока пациент воды. Хотя это предположение не поддается строгому доказательству, вполне вероятно, что мужчина виноват в тех случаях, когда жены двух или более братьев не могут забеременеть. Я видел несколько подобных примеров. Три брата, все вполне здоровые и мужественного телосложения, были женаты на женщинах, у которых при гинекологическом обследовании не было обнаружено никаких существенных отклонений; они были женаты соответственно 14, 9 и 8 лет; все были бездетны. Три брата, двое из которых были практикующими врачами, прожили несколько лет (20, 4 и 14 соответственно) в бесплодном браке; один из них (врач) сообщил мне, что у него всегда извергалось очень небольшое количество спермы, и подумал, что, возможно, это и было причиной бесплодия. Из четырех братьев двое долго жили в бесплодном браке; у третьего не было детей в течение 14 лет после женитьбы, когда, наконец, его жена забеременела после посещения спа-салона; четвертый брат - женоненавистник и закоренелый холостяк.

Сексуальная чувствительность у женщин.

При рассмотрении различных факторов, с помощью которых может быть предотвращен контакт яйцеклетки и сперматозоида, нельзя упускать из виду степень сексуального возбуждения, испытываемого женщиной во время полового акта, поскольку это играет роль, которую нельзя недооценивать, даже несмотря на то, что по этому вопросу трудно получить точную информацию.

Весьма вероятно, что активное участие женщины в половом акте оказывает важное влияние на достижение оплодотворения, т.е. что сексуальное возбуждение женщины является звеном в цепи условий, ведущих к зачатию. Это возбуждение оказывает рефлекторное воздействие, но влияние может осуществляться одним (или обоими) из двух способов: во-первых, это может вызвать определенные рефлекторные изменения в секрете шейки матки, в результате чего облегчается прохождение сперматозоидов; или, во-вторых, это может вызвать рефлекторные изменения во влагалищной части шейки матки, к округлению наружного отверстия матки и уплотнению консистенции шейки матки (изменения эректильного характера) в сочетании с небольшим опусканием матки — изменения, которые также способствуют попаданию спермы в полость матки. *Теопольд* заходит так далеко, что утверждает, что только женщины, испытывающие эротическое возбуждение, способны к оплодотворению.

Мое собственное мнение таково, что чувственному возбуждению женщины во время полового акта следует придавать значительное значение по первой из двух упомянутых выше причин, а именно, поскольку такое возбуждение приводит к возникновению рефлекторной секреции желез шейки матки, вырабатываемая таким образом секреция поддерживает или усиливает активность сперматозоидов; и наоборот, при отсутствии чувственного возбуждения со стороны женщины происходит сбой рефлекторной секреции, и, следовательно, прохождение сперматозоидов в полость матки осуществляется с меньшей легкостью. Часто демонстрировалось, что сексуальное возбуждение оказывает большое влияние на возникновение первых признаков менструации; и аналогия между таким влиянием и предполагаемым эффектом сексуального возбуждения в пользу наступления зачатия не должна быть легко отвергнута. Хорошо известно, что первая менструация у девочек, живущих в городах, наступает в более раннем возрасте, чем у тех, кто живет в деревне; не только (если вообще) вследствие лучшего питания и более легкой жизни первых, но также, несомненно, вследствие нервных воздействий. Более того, общеизвестно, что

фабричные девушки, которые с ранней юности подвергаются сексуальной стимуляции, достигают половой зрелости в чрезвычайно раннем возрасте. Опять же, с давних времен среди простых людей преобладало мнение, что для зачатия женщине необходимо было испытать сладострастное возбуждение, или, по крайней мере, что при отсутствии такого возбуждения зачатие затруднялось. *Ридель* рассказывает о коренных жителях острова Буру, что они часто вступают в половые сношения с иностранцами, “но во время таких сношений они остаются довольно пассивными, чтобы избежать оплодотворения”. В гинекологической практике нет ничего необычного в том, что бесплодная женщина при отсутствии каких-либо побуждений жалуется на то, что во время полового акта у нее нет никаких “ощущений”, и приписывает этому отсутствию ощущений свою неспособность к зачатию.

Образованная дама, мать нескольких детей, заверила меня не только в том, что она всегда знает, приведет ли половой акт к оплодотворению, но и в том, что в ее власти определить, должен ли половой акт быть плодотворным. Если бы она была пассивна во время полового акта или, по ее собственному выражению, занимала позицию “laissez faire, невмешательство во все”, зачатие не произошло бы; но если, с другой стороны, она принимала активное участие в половом акте, так что испытывала сильное сладострастное ощущение, беременность наступила бы в результате полового акта.

В некоторых случаях причиной бесплодия является ранее описанное состояние диспареунии. Фактически, сочетание диспареунии со стерильностью настолько поразительно распространено, что мои собственные наблюдения привели меня к выводу, что между этими двумя состояниями существует случайная связь, по крайней мере, в значительной доле случаев.

Я прилагаю краткую заметку о нескольких примерах такого рода: миссис Г., 27 лет, замужем 6 лет, бесплодна; анемичная, хрупкая леди, которая никогда не испытывала чувства семяизвержения. Сперма вытекла из влагалища сразу же после завершения полового акта. При гинекологическом осмотре никаких отклонений обнаружено не было. Миссис С., 24 года, замужем 5 лет, стерильна; во время полового акта остается совершенно холодной и испытывала ощущение эякуляции только во сне. Гинекологическое обследование выявило наличие небольшого катарального процесса на шейке матки, но никаких других отклонений не было. Миссис Э., 30 лет, замужем 10 лет, 9 лет назад родила ребенка, тяжелые роды, за которыми последовало послеродовое заболевание, с тех пор бесплодна; она утверждает, что с момента родов она не испытывала ощущения семяизвержения, с которым была раньше знакома; кроме того, с того времени она страдала от обильного семяизвержения. При гинекологическом обследовании было обнаружено, что матка увеличена и ретрофлексирована. Миссис К., 28 лет, замужем 6 лет, стерильна; страдает аменореей, никогда не испытывала ощущения эякуляции и находит половой акт настолько неприятным, что, “чтобы ее оставили в покое”, она сама упросила своего мужа завести любовницу. Обследование показало, что матка находится в младенческом состоянии.

Хотя у меня есть записи о многочисленных случаях, подобных только что процитированным, я должен также настаивать на том факте, что иногда я получал жалобы на диспареунию от жен, чья фертильность была подтверждена рождением множества детей. И, опять же, любой, чье положение позволяет ему часто заглядывать за кулисы супружеской жизни, время от времени замечал в качестве признаков относительной диспареунии случаи, когда неверная жена гораздо охотнее забеременела от своего любовника, чем от мужа, к которому она равнодушна или который ей на самом деле не нравится.

К относительной диспареунии, зависящей от сексуальной дисгармонии, мы должны отнести также те случаи, когда мужчина и женщина оказываются бесплодными, прожив вместе значительный период в качестве мужа и жены, но после развода оба оказываются фертильными в новых союзах. Несколько таких случаев были в моем собственном опыте, и подобные случаи привлекали внимание исследователей древности — *Аристотеля*, например. *Халлер*, по этой причине, подчеркивает отсутствие взаимной привязанности как причину бесплодия; и *Вирей* также считает, что бесплодие часто может зависеть от отсутствия “гармонии любви”.

Возможно, что обычай временного экспериментального совместного проживания кандидатов на вступление в брак, сохранившийся в некоторых сельских округах до недавнего времени, был основан на попытке обнаружить существование такой сексуальной гармонии. *Плосс*, например, сообщает, что в Восточной Пруссии в 1864 году ему сообщили, что среди мазуров действует обычай экспериментального года совместного проживания. Если в течение этого года женщина беременела, молодая пара вступала в брак; но если беременность не наступала, они разводились, считая, что не созданы друг для друга.

Хорошо известным историческим примером относительного бесплодия являются два брака Наполеона I. Его первый брак с Жозефиной остался бесплодным, хотя у Жозефины были дети от Богарне; а у Наполеона, вторично женившегося на Марии Луизе, был сын от последней.

Фон Гутцайт, врач с большим опытом работы, указывает, что “чувствительные женщины, испытывающие психическую или физическую антипатию к совместному проживанию или испытывающие тайную, но горячую привязанность к какому-либо другому мужчине, часто не могут забеременеть в результате полового акта со своими мужьями; но когда при незаконном половом акте они испытывают сладострастные ощущения, которые им до сих пор были неизвестны, беременность часто наступает быстро”. Далее он утверждает, “что такие женщины вследствие стимуляции половых органов при отсутствии сексуального удовлетворения страдают всевозможными нарушениями менструального цикла, флюорозом, выпадением матки и хроническим метритом; они страдают от расстройств пищеварения и запоров, ведущих к истощению; и они склонны к истерическим проявлениям”.

Аналогичные явления были отмечены, и с гораздо большей отчетливостью, в животном мире. *Дарвин*, пишущий на эту тему, отмечает: “Отнюдь не редкое явление, когда определенные самцы и самки не могут быть плодовитыми при совместном половом акте, в то время как одни и те же особи оказываются вполне плодовитыми при половом акте с другими представителями своего вида — и это в случаях, когда нет доказательств того, что последующая фертильность обусловлена каким-либо изменением условий жизни. Причину, вероятно, следует искать во врожденной сексуальной дисгармонии между бесплодной парой. Об очень большом количестве случаев такого рода мне сообщили хорошо известные заводчики лошадей, крупного рогатого скота, свиней, собак и голубей. Иногда заводчику не удается получить потомство от самца и самки с известной фертильностью, которых он хочет спарить по каким-то особым причинам. Самый знаменитый из ныне живущих коневодов сообщил мне, что часто кобыла, которая в другие сезоны с другими жеребцами оказалась фертильной, может быть спарена с жеребцом, также доказавшим свою репродуктивную способность, и не сможет забеременеть; однако эта же кобыла вскоре после этого забеременеет от другого жеребца”.

Пфлюгер сообщает, что он часто видел, как чистокровный жеребец, который был полностью готов в любой момент обслужить чистокровную кобылу, оказывался крайне не готовым

обслуживать обычную кобылу во время течки, и его заставляли делать это только с величайшим трудом, да и то хитростью. Жеребец помещается в центральное из трех стойл, по одну сторону от него находится чистокровная кобыла, в то время как в третьем стойле находится обычная кобыла, покрытая тканью. Голова жеребца поворачивается, чтобы показать ему чистокровную кобылу; его внешность немедленно претерпевает изменения. Кажется, что каждый мускул его тела дрожит, и никогда прекрасное животное не кажется более прекрасным, чем в такой момент, полное гордости, огня и жизненной силы.^[51] Как только жеребец готовится обслужить кобылу, его быстро отводят в другое стойло и оказывают соответствующую помощь в фактическом начале полового акта с замененной кобылой. Но иногда случается, как *видел сам* Пфлюгер, что жеребец, осознав обман, отказывается завершить коитус, убирает свой пенис и немедленно поворачивается к кобыле по своему выбору.

Мэтьюз Дункан среди 191 бесплодной женщины обнаружил, что у 39 не было сексуального аппетита, а у 62 не было сладострастных ощущений во время коитуса. Он рассматривает ненормальный сексуальный аппетит как одну из основных причин бесплодия.

Несмотря на эти факты, не следует забывать, что в медицинской литературе зарегистрировано множество случаев зачатия женщин после полового акта, совершенного против их желания, например, в результате изнасилования, или когда они находились в состоянии алкогольного опьянения, или во сне, или при полном отсутствии каких-либо сладострастных ощущений. Более того, эрекция влагалищной части шейки матки, рефлекторные движения и секреторные изменения в матке также могут происходить независимо от сексуального желания и сладострастных ощущений; но такие случаи, безусловно, исключительны, и их достоверность часто вызывает подозрения. В многочисленных случаях, когда утверждается, что зачатие произошло после полового акта в бессознательном состоянии, судебные разбирательства выявили тот факт, что половой акт не был полностью произвольным со стороны женщины, и что предполагаемое применение силы было не более чем *визави грата*. *Фон Машка* сообщает о случае, когда девушка утверждала, что над ней надругались, когда она находилась в состоянии эпилептической бессознательности, но она с точностью помнила каждую деталь акта. *Каспер*, опять же, в деле, в котором утверждалось, что дефлорация была произведена насильно, пока девушка находилась в состоянии алкогольной комы, показал, что имело место не более чем умеренное опьянение в сочетании с сильным сексуальным возбуждением. Утверждения о том, что беременность наступила в результате полового акта, совершенного во сне, в бессознательном состоянии или в “магнетическом” или “гипнотическом” состоянии, всегда следует принимать сдержанно.

Интересно отметить в этой связи, что китайские врачи относят к числу причин бесплодия практику “конгфу” со стороны мужчины, это название дано манипуляции, аналогичной гипнозу, посредством которой сладострастные ощущения во время полового акта уменьшаются или устраняются путем отвлечения внимания на что-либо другое.

Доказательством важности специфических сексуальных ощущений для достижения зачатия служит тот факт, что у большинства женщин сладострастное возбуждение отсутствует при первом половом акте и лишь постепенно развивается после него; в соответствии с этим мы обнаруживаем, что первое зачатие обычно происходит только через некоторое время после вступления в брак и что период его возникновения часто совпадает с полным развитием

сладострастных ощущений во время полового акта. Таким образом, даже у женщины, полностью готовой к зачатию, фактическая способность к оплодотворению развивается лишь постепенно и после достаточного опыта полового акта.

Эта временная неспособность к зачатию может, действительно, также зависеть от того факта, что первое соитие, как правило, осуществляется не полностью, и в этом виноваты и муж, и жена; но, несомненно, во многих случаях причина та, которая была упомянута первой.

В некоторых случаях определенные психические воздействия, влияющие на интенсивность сладострастного ощущения, проявляют его значимость. Таким образом, в некоторых случаях было ясно показано влияние стимуляции клитора на зачатие; в других случаях выполнение коитуса в какой-либо необычной позе, варьирующейся в зависимости от конкретной женщины, само по себе способно в полной мере пробудить сексуальную чувствительность и вызвать оргазм. Время от времени кто-то получает конфиденциальную информацию от мужа о том, что его жена испытывает сладострастные ощущения только тогда, когда коитус осуществляется в позе бокового сношения, или *более бестиарной*, или в *положении наоборот*, и т.д., и т.п.

Чрезмерная частота половых сношений, длительное и повторяющееся сексуальное возбуждение, с другой стороны, вызывают бесплодие, что хорошо видно у проституток, которые редко беременеют.

Наконец, в качестве возможной причины бесплодия следует упомянуть извращенный сексуальный импульс. Это может быть приобретенным извращением, вызванным тем фактом, что в эпоху менархе, начала полового созревания, из-за силы сексуального желания, когда половой акт невозможен, или просто из-за дурного примера девушка стала убежденной онанисткой и продолжает эту привычку даже после замужества. В других случаях мы имеем дело с психопатическим состоянием, формой умственной дегенерации, вызванной самыми различными причинами, или в некоторых случаях инвертированная сексуальная чувствительность существует у человека, чей разум в других отношениях нормален. У женщин с сексуальной инверсией обычного совокупления с мужчиной недостаточно для достижения сексуального оргазма, и по этой причине, а также потому, что пострадавшие таким образом лица по возможности избегают коитуса, обычно наступает бесплодие.

У бесплодных женщин-гомосексуалистов, а также у женщин, пристрастившихся к мастурбации, гинекологическое обследование может не выявить никаких отклонений от нормы; но в других случаях подобного рода мы можем обнаружить сопутствующую причину бесплодия в том факте, что внутренние половые органы развиты несовершенно или даже полностью отсутствуют. У стерильных женщин, если при гинекологическом осмотре мы обнаружим определенные характерные изменения в репродуктивных органах, возникнет сильное подозрение, что бесплодие вызвано ненормальными способами сексуального удовлетворения. Изменения, о которых идет речь, следующие: гипертрофия клитора, увеличение и синюшная окраска малых половых губ, ретроверсия матки, невралгия и смещение яичников, бели и меноррагия.

Вопрос был поднят *Конштейном*, способна ли женщина, как обычно предполагается, забеременеть в любое время года, или, как у низших животных, репродуктивная способность может проявляться только в определенные сезоны, или, опять же, не может ли быть индивидуальных моментов предрасположенности к наступлению зачатия. Он обнаружил, что у подавляющего большинства женщин были такие периоды склонности, и только у меньшинства зачатие могло произойти безразлично в любое время года. В доказательство

этого утверждения он приводит следующий случай: замужняя женщина 33 лет за несколько лет до этого преждевременно родила мертворожденного ребенка и с тех пор больше не беременела. Ее репродуктивные органы были в норме. Было проведено исследование спермы мужа, которое также показало, что в ней нет никаких отклонений. В течение трех последующих лет предпринимались попытки вылечить бесплодие путем расширения цервикального канала, рекомендаций по надлежащему регулированию полового акта и т.д., Но все безрезультатно. *Конштейн* теперь вычислил дату, на которую пришелся бы полный срок предыдущей беременности, и обнаружил, что это была середина февраля; следовательно, он сделал вывод, что половой акт, совершенный в начале мая, приведет к оплодотворению. На самом деле женщина зачала в это время и на полном сроке родила здоровую девочку. Предположение о том, что такое благоприятное время для зачатия существует, однако, опровергается хорошо известным фактом, что в случае многодетных семей дни рождения детей распределены неравномерно в течение года.

Бейкер-Браун описывает особую форму бесплодия, обусловленную "симпатическим или рефлекторным действием". Это зависит от заболеваний органов, прилегающих к матке, таких как сосудистые опухоли мочеиспускательного канала, кровоточащие образования, свищи, трещины и выпадение заднего прохода, перистальтика прямой кишки, аскариды. "Эти заболевания приводят к бесплодию вследствие потери крови, нарушений менструального цикла, болезненной гиперемии маточной системы и рефлекторных невродов, к которым они приводят". *Корти* сообщает о случае, относящемся к этой категории, когда у молодой замужней женщины бесплодие было вызвано трещиной заднего прохода, которая долгое время существовала незаметно; после того, как трещина зажила, произошло зачатие. *Palmaу* недавно сообщила о случае, в котором "taenia solium был причиной бесплодия. У женщины 20 лет, прожившей три года в бесплодном браке, наличие в кишечнике ленточного червя, которого она вынашивала в течение многих лет, вызвало дисменорею. Полное изгнание червя облегчило дисменорею, женщина забеременела и родила ребенка в срок; с тех пор менструации были безболезненными". Присутствие ленточного червя, возможно, оказало неблагоприятное влияние на кровоснабжение и иннервацию матки. Но случаи такого рода не представляют собой особую форму бесплодия; их следует классифицировать либо как случаи, связанные с вмешательством в овуляцию, либо как случаи, связанные с предотвращением контакта яйцеклетки и сперматозоида.

Неспособность к инкубации яйцеклетки.

Оплодотворение яйцеклетки, как описано ранее, вероятно, осуществляется у человека, как и у других млекопитающих, в верхней трети фаллопиевой трубы. Затем оплодотворенная яйцеклетка опускается в матку под действием ресничек, выстилающих трубу, которым способствует перистальтическое движение мышечной стенки канала. Слизистая оболочка матки в это время утолщена и сбита в складки, и в этих последних запутывается оплодотворенная яйцеклетка; своим присутствием яйцеклетка теперь оказывает рефлекторный стимул, ведущий к еще большему размножению клеток слизистой оболочки матки, которая разрастается над яйцеклеткой и вскоре полностью закрывает ее от полости матки. Таким образом, яйцеклетка полностью погружается в вещество слизистой оболочки.

Таким образом, для имплантации яйцеклетки в первую очередь необходимо, чтобы слизистая оболочка матки находилась в нормальном состоянии; патологические изменения в этой оболочке и, действительно, любые патологические структурные изменения в тканях матки могут препятствовать имплантации и инкубации яйцеклетки и, таким образом, могут привести к бесплодию.

Полость матки в норме выстлана мерцательным эпителием, клетки которого имеют вытянутую эллиптическую форму. Движение ресничек направлено вниз. Эпителий перфорирован отверстиями маточных желез; эти железы представляют собой простые трубчатые железы, проходящие через слизистую оболочку по S-образной или штопорообразной кривой; между железами находится богатая зародышевая ткань, состоящая из округлых клеток. Округлые клетки соединительной ткани имеют отростки, которые образуют каркас слизистой оболочки. Среди клеток соединительной ткани слизистой оболочки матки почти всегда можно увидеть блуждающие лейкоциты. Менструация характеризуется отеком слизистой оболочки и увеличением маточных желез. В то же время между более поверхностными слоями мембраны и на ее свободной поверхности появляются кровяные выделения, и различные участки поверхности мембраны отторгаются.

Очень многочисленны патологические состояния матки и ее оболочки, при которых предотвращается имплантация и инкубация яйцеклетки; следовательно, неспособность матки выполнять эти функции является распространенной причиной бесплодия у женщин.

То, что дефекты развития матки, даже если они не таковы, что делают зачатие невозможным, все же часто могут приводить к бесплодию, уже объяснялось в письменной форме при описании состояний матки, препятствующих контакту яйцеклетки и сперматозоида; поскольку дефектов развития, которые недостаточно серьезны, чтобы предотвратить этот контакт, все же может быть достаточно, чтобы сделать матку непригодной для имплантации и инкубации оплодотворенной яйцеклетки. Воспалительные заболевания, такие как периметрит и образование экссудата в параметрии, могут сделать матку неспособной к увеличению, необходимому для беременности. Тканевые изменения в мускулатуре матки также могут препятствовать имплантации яйцеклетки или правильному развитию матки во время беременности. Новообразования в матке или ее окрестностях могут привести к несвоевременному завершению развития оплодотворенной яйцеклетки. Однако прежде всего это заболевания слизистой оболочки матки, которые делают орган непригодным для имплантации яйцеклетки и, таким образом, приводят к бесплодию. Все те воспалительные состояния, которые приводят либо к размягчению, либо к уплотнению паренхимы матки, либо к набуханию и утолщению эндометрия или параметрия, могут создавать более или менее серьезные препятствия для нормальной инкубации яйцеклетки.

Установить, имеем ли мы в конкретном случае отношение к бесплодию, зависящему от *гестационной импотенции*, часто бывает сложно, потому что условия, вызывающие ее, часто связаны с теми, которые вызывают бесплодие, предотвращая контакт яйцеклетки и сперматозоида. В любом случае необходимо провести тщательное обследование органов малого таза не только для определения наличия какого-либо смещения или увеличения матки, хронического метрита или периметрита, параметрических выделений или новообразований матки или соседних органов, но и, при необходимости, путем расширения цервикального канала, для определения состояния слизистой оболочки матки и наличия ее гиперплазии или атрофии. В этой связи исследование маточного секрета имеет особое значение: чисто слизистый, прозрачный, стекловидный, вязкий секрет в зеве и цервикальном канале указывает на наличие катарального эндометрита; заметно геморрагический секрет указывает на гиперпластический эндометрит; обильный гнойный секрет, содержащий гонококки, указывает на гонорейный эндометрит; выделение кусочков мембраны указывает на наличие эксфолиативного эндометрита; обнаружение фрагментов карциноматозной ткани указывает на разрушение злокачественной опухоли матки. эта природа; и т.д.

Наконец, необходимо собрать тщательный анамнез пациента, выяснив, были ли нарушения менструального цикла или выкидыши, а также характер предыдущих родов (в случаях приобретенного бесплодия); следует исследовать любые патологические состояния в других органах; следует обратить внимание на состояние крови и состояние общего питания. Хлороз, анемия и золотуха часто приводят к катаральному эндометриту; тяжелое заболевание сердца может привести к застойным явлениям в половых органах; после аборта или тяжелых родов часто развивается хронический метрит или эндометрит. Кроме того, дифференциальный диагноз между эрозией и карциномой влагалищных пор часто должен зависеть от возраста пациентки и общего состояния здоровья, а также от характера и продолжительности кровотечения. Боль при мочеиспускании, появляющаяся вскоре после вступления в брак и длящаяся часто всего несколько дней, будет указывать на вероятность гонорейной инфекции и т.д.

Фон Грюневальдт энергично настаивал на том факте, что понятие бесплодия, то есть *общей импотенции* у женщин, не совпадает с понятием *сопутствующей импотенции*, и существует важное различие между случаями, в которых невозможно осуществить оплодотворение, и случаями, в которых, хотя оплодотворение может иметь место, имплантация и инкубация яйцеклетки не происходят. По мнению этого автора, единственным абсолютным механическим препятствием для поступления спермы является атрезия половых путей, и роль *сопутствующей импотенции* имеет весьма незначительное значение по сравнению с неспособностью матки к имплантации и инкубации яйцеклетки, мнение, которое, несмотря на записи об исключительных случаях, когда наступала беременность, несмотря на наличие механических препятствий для зачатия, я должен рассматривать как совершенно неуместное. С другой стороны, бесспорно, что для наступления беременности необходимо не только, чтобы был возможен контакт яйцеклетки и сперматозоида, но и, более того, чтобы матка находилась в состоянии, благоприятном для имплантации и дальнейшего развития яйцеклетки после оплодотворения. По этой причине заболевания тканей матки должны играть важную роль в возникновении бесплодия, хотя мы не можем зайти так далеко, чтобы согласиться с *фон Грюневальдт*, что эти заболевания являются *основной* причиной репродуктивной неспособности у женщин.

Различные воспалительные процессы, а также венозная гиперемия, возникающая в результате сердечных заболеваний, могут привести к атрофии слизистой оболочки матки, которая затем становится тонкой и гладкой, в то время как железы матки разрушаются или превращаются в небольшие кисты. Такое же состояние может быть результатом задержки выделений в полости матки — гидрометры и гематометры. Во всех этих случаях эпителий, вероятно, теряет свои реснички. Этот процесс оказывает серьезное влияние, антагонистичное репродуктивной способности, поскольку имплантация ворсинок хориона затрудняется (*Klebs*).

Гиперплазия паренхимы матки, поражающая либо весь орган, либо большую его часть и характеризующаяся либо увеличением всего органа, либо только утолщением и удлинением шейки матки, может препятствовать инкубации яйцеклетки. Это может быть связано с катаральными процессами эндометрия; с венозной гиперемией, особенно в случаях клапанных пороков сердца; с субинволюцией; а иногда и с чрезмерной сексуальной стимуляцией, как у проституток. Как изменение формы шейки матки, так и изменения, которым подвергается слизистая оболочка матки в случаях обширной гиперплазии матки (она обычно становится атрофичной и выделяет водянистый секрет), влияют на репродуктивную способность.

Во всех случаях хронического метрита гиперемия и гиперплазия матки могут привести к кровотечениям; они удаляют плодное яйцо и, таким образом, приводят к *гестационной импотенции*. А изменения в питании слизистой оболочки, которые происходят при хроническом метрите, также препятствуют имплантации и инкубации яйцеклетки. Более того, хорошо известно, что в этих случаях, даже если зачатие происходит, вероятность прерывания беременности чрезвычайно высока из-за патологического состояния эндометрия, которое препятствует нормальному развитию децидуальной оболочки. Кровотечения возникают в децидуале, за которыми следует прерывание беременности. И далее, замещение участков мышечной ткани стенки матки фиброзной тканью, изменение, которое может происходить при длительно продолжающемся метрите, препятствует надлежащему расширению матки во время беременности и, таким образом, приводит к аборту.

С другой стороны, нельзя отрицать, что достаточно часто пациенты с хорошо выраженным хроническим метритом, тем не менее, нормально зачинают и рожают здорового ребенка; и это не один раз, а снова и снова.

Как бесплодие из-за мезометрита, *фон Грюневальдт* классифицирует многочисленные случаи, когда бесплодие наступает после родов, когда пациентка сообщает, что воспаление последовало за родами, или иногда, когда не было замечено ничего ненормального. Результаты местного обследования отрицательные: смещения, экссудации или отека нет, а также соответствующего поражения эндометрия. Но характерной чертой этих случаев, по словам *фон Грюневальдт*, является то, что после ее последних полноценных родов у женщины произошел выкидыш или преждевременные роды, и впоследствии она была полностью стерильна. Дегенеративный процесс сначала является частичным, так что он не предотвращает зачатие, но делает невозможным продолжение беременности до полного срока; впоследствии он распространяется по всему мезометрию, и зачатие больше невозможно.

Коул из Сан-Франциско считает наиболее частой причиной бесплодия, возникающего после однократных родов, субинволюцию матки, чаще всего из-за слишком раннего подъема после родов. Поэтому он считает особенно важным, чтобы после первых родов врач убедился в том, что в результате этого процесса не было нанесено серьезных повреждений.

Хронический эндометрит является очень частой причиной бесплодия: во-первых, катаральный отек слизистой оболочки, который часто распространяется от наружного маточного отверстия до брюшного устья фаллопиевых труб, создает препятствие как для прохождения яйцеклетки вниз, так и для прохождения сперматозоидов вверх; и, во-вторых, в давних случаях большой размер полости матки и гладкость поверхности атрофированной слизистой оболочки делают пребывание яйцеклетки в матке крайне маловероятным. Еще одним серьезным препятствием для оплодотворения при эндометрите являются обильные слизисто-гнойные выделения, которые обычно, хотя и не всегда, сопровождают это заболевание. Этот секрет, в некоторых случаях свободно стекающий по поверхности мембраны, но в других стойко прилипающий к ней, беловато-желтого цвета, мутнеющий из-за примеси гноя или окрашенный в красный цвет из-за примеси крови, иногда студенистой консистенции с сильно щелочной реакцией, содержит шарики слизи, мерцательные и цилиндрические эпителиальные клетки, гнойные тельца, бактерии и кокки, а если эндометрит гонорейного происхождения, гонококк *Нейссера*. Этот секрет, когда он обильный и жидковатый, изливается через зев и уносит сперму; когда он вязкий и студенистый, он заполняет расширенный канал шейки матки над суженным наружным зевом матки и представляет собой мощный барьер для прохождения сперматозоидов вверх; когда

он гнойный, он разрушителен для жизнедеятельности сперматозоидов. Изменения слизистой оболочки в случаях длительного эндометрита, при которых матка становится непригодной для имплантации и инкубации яйцеклетки, заключаются в следующем. Эпителиальные клетки, как обычно в случаях продолжающегося катарального процесса, изменяют форму, реснитчатые клетки исчезают и заменяются сначала цилиндрическими клетками, позже полиморфными клетками, приближающимися по типу к клеткам тротуарного эпителия. Слизистая оболочка отечна, сосуды расширены, наблюдается гиперплазия желез с умеренным количеством мелкоклеточной инфильтрации межжелудочковой ткани (рис. 83). В конечном счете слизистая оболочка подвергается атрофии, ее железы исчезают, она становится похожей на тонкий слой соединительной ткани.

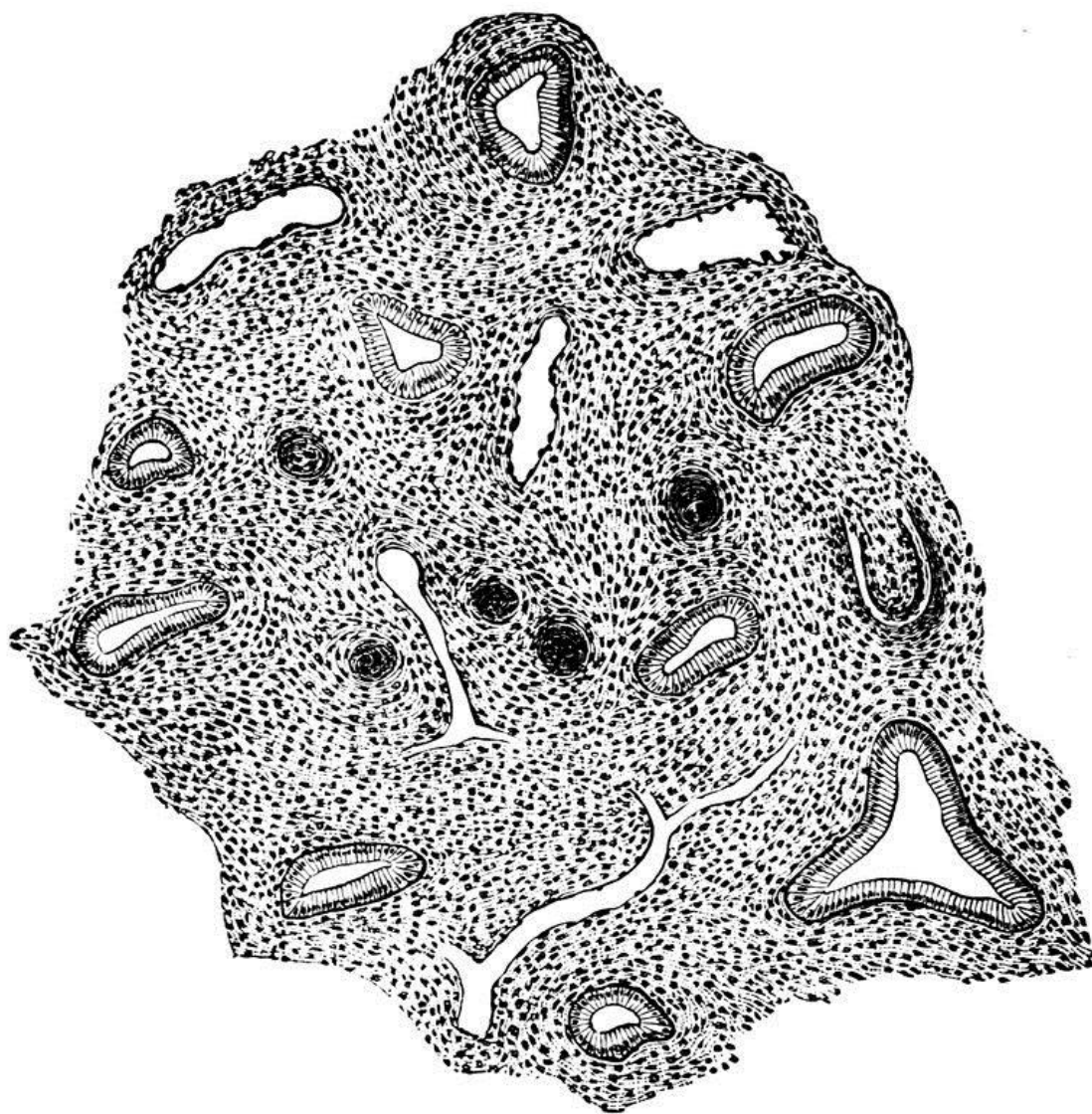


Рис. 83— Слизистая оболочка матки при эндометрите. (В честь А. Мартина.)

Таким образом, при тяжелом и длительно протекающем эндометрите изменения, происходящие в слизистой оболочке матки, делают невозможными имплантацию яйцеклетки и формирование нормального децидуйта; даже если зачатие все же происходит, оплодотворенная яйцеклетка быстро выходит из организма. Часто в случаях эндометрита происходит последовательное смещение матки, которое является сопутствующей причиной бесплодия. Когда эндометрит длится длительное время, также происходит разрастание соединительной ткани в паренхиме матки, что часто приводит к гипертрофии шейки матки и

стенозу цервикального канала. Поскольку эндометрит многими различными способами может привести к бесплодию, важность, которую необходимо придавать этому состоянию, очевидна.

Большое значение гонорейной инфекции в отношении бесплодия у женщин зависит не только от изменений, которые это заболевание вызывает в фаллопиевых трубах, приводя к нарушению необходимого контакта яйцеклетки и сперматозоида, но и, кроме того, от возникновения гонорейного шейного и телесного эндометритов, периметрита и вторичного паренхиматозного метрита. Тем не менее, при соответствующем лечении воспалительные изменения, возникающие в результате гонорейной инфекции, во многих случаях излечимы, и после рассасывания экссудата и восстановления нормальных питательных условий тканей может произойти зачатие. *Фрич*, который указывает, что у женщины, инфицированной гонореей, бесплодие наступает способом, аналогичным тому, которым оно возникает у мужчины (поскольку у последнего к бесплодию приводит не первичный уретрит, заболевание мочевыводящих путей, а вторичное воспаление яичка), утверждает, что он наблюдал случаи, в которых, вне всякого сомнения, происходило зачатие, несмотря на наличие гонорейного эндометрита.

По моему собственному опыту, хотя гонорейный эндометрит является среди воспалений эндометрия наиболее частой причиной бесплодия, следующее по важности место в этой связи занимает эксфолиативный эндометрит, или мембранозная дисменорея. Это название дано патологическому состоянию, при котором время от времени, обычно во время менструации, фрагменты мембраны или даже весь мешковидный слепок полости матки изгоняются из матки; поскольку это состояние может препятствовать инкубации яйцеклетки, его обычно ассоциируют со стерильностью - факт, упомянутый уже *Денманом* в 1790 году и с тех пор подтвержденный многочисленными наблюдателями. У меня было под наблюдением несколько случаев мембранозной дисменореи; в двух случаях она существовала со времени вступления в брак — в одном случае 14 лет, в другом 8 лет — и в обоих случаях бесплодие было абсолютным. В последнем из двух случаев было предпринято энергичное лечение, даже выскабливание матки, но совершенно безрезультатно. В других случаях бесплодие было приобретенным, мембранозная дисменорея начиналась после того, как у женщины уже был один или несколько детей; но поскольку я никогда не видел случая, чтобы женщина забеременела после развития этого заболевания, я вынужден рассматривать его как одно из самых серьезных препятствий для зачатия.

Как правило, эксфолиативный эндометрит прекращается только с наступлением климактерического возраста; однако в очень исключительных случаях излечение может наступить раньше. Известно, что в случаях, когда наблюдалось такое преждевременное прерывание беременности, наступала беременность, случаи такого рода наблюдались *Соловьевым*, *Фордайсом Баркером* и *Томасом*. И недавно были зарегистрированы случаи, при которых заболевание возвращалось после такой беременности. *Фрич*, действительно, придерживается мнения, что эксфолиативный эндометрит не вызывает бесплодия и что при этом заболевании аборт встречается не чаще, чем при других заболеваниях матки. *Шарпиньон*, *Хенниг* и *Бордые* также наблюдали зачатие при этом заболевании. В 42 случаях мембранозной дисменореи, собранных *компанией Kleinwächter*, беременность наступила в четырех случаях за время существования заболевания. *Лелейн* также сообщает, что среди 27 пациенток, страдающих мембранозной дисменореей, шестеро забеременели после того, как симптомы были четкими и безошибочными в течение более короткого или длительного периода. Две из этих пациенток уже были беременны до первого появления эксфолиативного эндометрита; впоследствии они забеременели и родили доношенными.

Остальные четверо страдали от этого заболевания в течение разного периода времени и с разной степенью тяжести, прежде чем они впервые забеременели. В трех из этих случаев было произведено выскабливание матки; но только в одном случае, когда после операции беременность наступила очень быстро, можно было установить причинно-следственную связь. В двух случаях матери пациентки также страдали от этого заболевания.

It has been asserted by *Б. Шульце* и другие утверждали, что выскабливание матки затрудняет или делает невозможным последующее наступление беременности. Однако нет никаких доказательств, подтверждающих такое мнение.

Особое внимание следует уделять воспалительным процессам в периметрии и параметрии как заболеваниям, приводящим к бесплодию у женщин. Они чрезвычайно распространены и временами настолько коварны, протекая своим чередом, не вызывая ни боли, ни лихорадки, что даже при очень большом распространении и даже когда они привели к образованию вторичных опухолевых образований, их все же можно не заметить. Следовательно, их патологическое значение в возникновении бесплодия у женщин до сих пор недооценивается. Хронический тазовый перитонит и параметрит могут приводить к наступлению бесплодия различными путями: могут происходить изменения в шейке матки, этот орган уплотняется, фиксируется и смещается назад, а также причинять боль при перемещении матки; воспалительные изменения могут поражать тело матки, связки яичника и различные участки тазовой брюшины; может происходить смещение матки; один или оба яичника или трубы могут быть смещены и зафиксированы либо сбоку от матки, либо позади нее, в дугласовом мешке; всевозможные воспалительные процессы. в результате этих процессов могут образоваться спайки или воспалительные узлы. Кроме того, в поврежденной, сокращенной, склерозированной параметрической ткани кровеносные и лимфатические сосуды параметрия сдавливаются и частично стираются, а тесная связь между клетчаткой малого таза и маткой легко приводит к возникновению эндометрита, в результате чего нарушается имплантация яйцеклетки. Возникновение бесплодия в случаях тазового перитонита и параметрита частично зависит от косвенного воздействия воспалительной экссудации, а частично от прямого результата распространения воспаления на другие области. Периметрит, параметрит и тазовый перитонит, возникающие в результате гонорейной инфекции, оказывают, таким образом, особенно пагубное влияние по той причине, что в этих случаях обычно присоединяются цервикальный метрит и эндометрит с блenorеей. Это основная причина почти неизменного бесплодия проституток, у которых, однако, мы должны также принимать во внимание влияние отсутствия сладострастных ощущений при акте, который для них стал просто делом. Исследования *Бандл* в комнате вскрытия показывают, что остатки периметритического и параметритического воспаления обнаруживаются в телах 58,4% рожениц и 33,3% тел женщин (замужних или незамужних), у которых был опыт полового акта, но никогда не было ребенка. Это, по его мнению, объясняет большую частоту бездетных браков и относительную бесплодность женщин. У нерожавших, упомянутых выше, *Бандл* обычно обнаруживают затвердевшую, не функционирующую, местами зарубцевавшуюся, суженную шейку матки, параофоритические и перисальпингитические остатки, а также патологические изменения в трубах и яичниках. В некоторых случаях также было обнаружено, что мужья таких бесплодных женщин страдают азооспермией. Связь между азооспермией у мужчин и обнаружением остатков воспаления у их бездетных жен является очень тесной. Муж на момент заключения брака страдал от не до конца вылеченной гонореи и заразил свою жену. В другой категории случаев, когда женщины рожали детей и впоследствии становились стерильными, ограничение фертильности зависело главным образом от остатков воспаления в яичниках и трубах и вокруг них. В большинстве таких случаев беременность не становится невозможной, а

просто затруднена, поскольку, несмотря на наличие очень обширных остатков воспаления, трубы часто проницаемы, а яичники полностью или частично функционируют. Следовательно, даже в случаях, когда внутрибрюшное воспаление было очень тяжелым, мы должны быть осторожны, давая прогноз о том, что беременность стала невозможной, поскольку случаи, когда оба яичника полностью погружены в псевдомембраны или когда обе трубы стали непроницаемыми, несомненно, редки.

Карцинома матки редко приводит к бесплодию. На начальных стадиях, когда наблюдается просто папиллярная пролиферация влагалищных порций или карциноматозная инфильтрация более глубоких слоев слизистой оболочки, зачатия ничто не препятствует; но даже на более поздних стадиях заболевания, когда произошло изъязвление и когда наблюдается обширный некроз раковых образований, не обязательно существует абсолютная невозможность наступления зачатия, пока совместное проживание остается возможным и не возникло непреодолимых препятствий для контакта яйцеклетки и сперматозоида. Многочисленны случаи, когда беременность наблюдалась, несмотря на обширное карциноматозное заболевание шейки матки с некрозом опухолевой ткани; и *Конштейн* даже утверждает, хотя в этом он заходит слишком далеко, что рак шейки матки на самом деле способствует оплодотворению. Среди 127 случаев такого рода был 21, в котором заболевание существовало в течение года или более до наступления зачатия.

Винкель резюмирует в трех следующих положениях свой опыт относительно связи между карциномой матки и бесплодием: 1. Замужние женщины составляют подавляющее большинство из тех, кто страдает карциномой матки; 2. Брак таких женщин очень редко оказывался стерильным; 3. Напротив, женщины, пораженные этим заболеванием, как правило, были исключительно фертильными.

Другие опухоли матки вызывают бесплодие, не только вызывая механическое вмешательство в необходимый контакт яйцеклетки и сперматозоида, но также приводя к катаральным состояниям и гиперплазии слизистой оболочки, которые препятствуют имплантации яйцеклетки даже после того, как произошло оплодотворение. Полипы матки приводят к механической непроходимости наружного отверстия матки или канала шейки матки; но они предрасполагают к бесплодию дополнительным образом, поскольку у женщины, пораженной таким новообразованием, любое энергичное движение тела может вызвать обильное маточное кровотечение.

В случаях миомы матки, помимо механических препятствий для зачатия, создаваемых этими опухолями, имеет место также вмешательство в имплантацию яйцеклетки. Когда в стенке матки образуются многочисленные миомы, слизистая оболочка обычно гладкая и атрофированная и выделяет водянистый секрет, и по этим причинам внедрение плодного яйца в полость матки становится чрезвычайно затруднительным. Но то, что в случаях миомы матки часто существует дополнительная причина бесплодия, было показано исследованиями *Шерлера*, который обследовал 822 пациентки, пораженные фибромиомой матки. Он обнаружил, что у большинства из тех, у кого наблюдалось бесплодие, опухоли были не подслизистыми, а субсерозными, и что бесплодие следовало объяснять в этих случаях частым возникновением частичного перитонита с его пагубными последствиями для маточного приложения.

Шерлер прилагает следующую таблицу:

Стерильность. Процентное соотношение.

Из	85	женщин с интерстициальн ой миомой	21	24,7
Из	92	женщин с субсерозной миомой	44	47,8
Из	18	женщин с субмукозной миомой	7	38,8
Из	44	женщин с полипозной миомой	4	9,0
Из	14	женщин с миомой шейки матки	3	18,7
	253		79	31,2

При наличии полипозных новообразований в полости матки, даже если происходит зачатие, следует прерывание беременности по той причине, что разрыв гипертрофированных капилляров в самих новообразованиях и в соседних тканях препятствует нормальному развитию эмбриона. *Хорвиц*, однако, описал случай, когда беременность протекала доношенно, несмотря на наличие новообразований такого рода.

Учитывая частоту, с которой хронический метрит и эндометрит возникают после родов, легко понять, что сами роды часто являются основной причиной последующего бесплодия. Временная стерильность часто наступает после первых родов. Хорошо известно, что рождение мальчиков в целом протекает сложнее, чем рождение девочек; *Pfannkuch* собирая информацию о первых и вторых родах 300 замужних женщин, установил, что после 166 первых родов, при которых родились мальчики, средний промежуток времени до вторых родов составлял 30,2 месяца, тогда как после 134 первых родов, при которых родились девочки, средний промежуток времени до вторых родов составлял всего 27,4 месяца.

Важность предшествующих родов в развитии бесплодия вследствие мезометрита и диффузной гиперплазии соединительной ткани матки показана *фон Грюневальдтом*, который опубликовал следующие цифры в результате своих исследований. Из 56 женщин, страдавших хроническим метритом, 46,4% были стерильны; у 19,2% из них бесплодие было врожденным, у 80,7% - приобретенным. Из 134 женщин, страдавших миометритом и его последствиями, 71,6% были бесплодны; у 17,7 из них бесплодие было врожденным, а у 82,2% - приобретенным. С другой стороны, из 321 женщины, страдавшей эндометритом, 29,5% были бесплодны; у 28,4% из них бесплодие было врожденным, а у 71,5% - приобретенным.

Лир и *Ашер* также настаивают на важности послеродовых заболеваний в возникновении приобретенного бесплодия, основывая свое мнение на клиническом материале *Прохоника*. Однако они проводят следующее различие. Если послеродовая инфекция распространяется через внешние органы размножения, через влагалище к шейке матки и оттуда к соединительной ткани малого таза — наиболее распространенная форма, возникающая

наиболее быстро после родов и наиболее тяжелая по своему течению, — то женщины, пораженные таким образом, скорее всего, вскоре забеременеют снова; если, с другой стороны, заболеванием является тазовый перитонит, вызывающий воспаление, распространяющееся изнутри матки по фаллопиевым трубам до брюшины, в большинстве случаев женщины, пораженные таким образом, могут забеременеть повторно. окажется стерильным в течение длительного времени или навсегда. Почти во всех случаях, к которым приводило бесплодие, тазовая брюшина была серьезно поражена послеродовым воспалением. Что касается бесплодия у женщин, то *Лир* и *Ашер* выдвинули два следующих общих положения: 1. Вряд ли какая-либо отдельная причина бесплодия у женщин настолько серьезна, чтобы сама по себе могла сделать бесплодие неизбежным в течение всего периода половой зрелости, за исключением дефектов развития и преждевременного прекращения половой активности. 2. Большинство препятствий к зачатию у женщин зависят от поражений внутренних поверхностей репродуктивных органов, от слизистой оболочки вульвы вверх до брюшины малого таза; из них наиболее важными являются поражения эндометрия.

С другой стороны, не следует забывать, что общая тенденция предыдущих поставок заключалась в увеличении способности к пропитке. *Ольсхаузен* особенно настаивает на хорошо известном гинекологическом факте, что в результате первых родов происходит увеличение зева матки, что облегчает зачатие на протяжении оставшегося периода половой зрелости. Это хорошо демонстрируют нередкие случаи, когда бесплодие сохраняется в течение нескольких лет после вступления в брак, а затем, с искусственной помощью или без нее, наступает первая беременность; после этого в быстрой последовательности появляются один ребенок за другим.

Шпигельберг указал, что разрывы шейки матки могут привести к бесплодию из-за вмешательства в инкубацию яйцеклетки. *Ольсхаузен* утверждает, что это заболевание может вызвать аборт по той причине, что при раскрытии канала шейки матки нижний полюс плодного яйца время от времени обнажается, и это вызывает рефлекторные сокращения матки.

Фон Грюневальдт публикует цифры в поддержку своего мнения о том, что нарушения целостности матки, при которых нарушается имплантация и дальнейшее развитие яйцеклетки, в целом играют большую роль в возникновении бесплодия, чем различные ранее описанные состояния, препятствующие контакту яйцеклетки и сперматозоида. Но в этом, как нам кажется, он заходит слишком далеко.

Наконец, в этой связи среди препятствий к оплодотворению следует упомянуть сексуальные излишества, которые так распространены в первые недели супружеской жизни. Слишком частый половой акт приводит к длительному заложению матки и, следовательно, к раздраженному состоянию слизистой оболочки матки, в результате чего имплантация яйцеклетки затрудняется. У проституток хронический метрит, обусловленный чрезмерной частотой половых сношений, может быть сопутствующей причиной бесплодия, которое у этих женщин почти неизменно; однако, несомненно, основной причиной их бесплодия является гонорейный периметрит.

К разновидности третьего вида бесплодия, бесплодия из-за неспособности к имплантации или дальнейшему развитию яйцеклетки, следует отнести случаи, в которых, хотя известно, что зачатие и имплантация яйцеклетки происходят, и первые стадии развития эмбриона, безусловно, имеют место, женщина оказывается неспособной родить жизнеспособного младенца. Некоторые из этих случаев зависят от аномальных способов развития, миксомы

хориона и тому подобного. В редких случаях женщины делают аборт каждый месяц, выделяя каждые четыре недели полностью развившуюся истинную маточную жидкость, в которой иногда невозможно обнаружить никаких следов яйцеклетки. Но этот ежемесячный аборт прекращается, как только супружеские отношения прерываются.

Обсуждение патологических процессов, которые приводят к преждевременному прерыванию беременности после того, как зачатие, имплантация яйцеклетки и первые стадии развития произошли нормальным образом, выходило бы за рамки данной работы; короче говоря, обсуждение причин прерывания беременности. Более того, эти патологические процессы выходят за рамки концепции бесплодия. Здесь достаточно перечислить основные условия, при которых происходит аборт. К ним относятся: различные тканевые нарушения матки, хроническая гиперемия слизистой оболочки, смещение матки с фиксацией, параметрические и периметрические выделения, разрыв шейки матки эктропиум; кроме того, различные конституциональные нарушения, такие как специфические лихорадки, острые инфекционные процессы, хронические нарушения кровообращения, являющиеся следствием заболеваний сердца, легких, почек и печени, сифилиса, анемии, хлороза, диабета и т.д.

Бесплодие единственного ребенка.

До недавнего времени бесплодию единственного ребенка уделяли внимание только в Англии по той причине, что оно сравнительно распространено в этой стране; но эта форма относительного бесплодия ни в коем случае не редкость и у нас (в Германии и Австрии). У меня была сделанная в Австрии подборка количества детей в результате 2000 плодотворных союзов, и я обнаружил, что среди них было 105 браков, в которых родился только один ребенок; таким образом, соотношение этих браков к тем, которые оказались полностью плодотворными, составляло примерно 1 : 19. Но этим цифрам нельзя доверять, поскольку аборт и смерти в младенчестве не принимались во внимание. Анселл обнаружил, что в Англии среди 1767 плодотворных браков, в которых средний возраст жен на момент вступления в брак составлял 25 лет, был зафиксирован 131 случай бесплодия единственного ребенка, что дает соотношение последнего к полностью плодотворным союзам 1 : 13.

Эта форма относительного бесплодия, при которой жена рождает одного ребенка и после этого остается бесплодной, была отнесена Мэтьюсом Дунканом либо к преждевременному истощению репродуктивной способности, при этом общие силы организма остаются неизменными, либо к одновременному ослаблению сексуальной силы и конституциональной силы в целом. Это объяснение очень неадекватно. Важный факт, на котором должно основываться понимание природы бесплодия единственного ребенка, заключается в том, что первые роды сопряжены с наибольшей опасностью для матери, и что последующее бесплодие связано с тяжелыми родами и сопутствующими болезнями. Фактически, бесплодие у единственного ребенка наблюдается в основном после тяжелых родов, за которыми следуют длительные воспалительные процессы матки и прилегающих тканей матки, которые серьезно влияют на репродуктивную способность женщины. Это происходит особенно у слабоорганизованных, анемичных, золотушных женщин, чья сопротивляемость была подорвана единственной беременностью и родами. Наконец, он встречается у женщин, страдающих миомой матки, формой опухоли, которая, помимо других, делает повторение беременности трудным и маловероятным. Эта форма бесплодия наблюдалась также в случаях, когда сравнительно скоро после рождения своего первого ребенка мать страдала брюшным тифом, скарлатиной или какой-либо другой тяжелой инфекционной лихорадкой, которая, по-видимому, каким-то образом препятствует развитию нормальных яйцеклеток в будущем. Мы также должны принять во внимание тот факт, что во

время первых родов жены, когда любовь, приведшая к союзу, часто уже начала ослабевать, муж, находя слишком утомительным воздержание, навязанное ему состоянием жены, вполне вероятно, что он отправится в другое место для временного сексуального удовлетворения и заболеет венерическим заболеванием, которое он впоследствии передаст своей жене и которое является причиной будущего бесплодия последней. И мы не должны забывать принимать во внимание принятие средств для предотвращения беременности после рождения первого ребенка. Опять же, я видел три случая бесплодия единственного ребенка, в которых мужья были соответственно на 24, 26 и 29 лет старше своих жен, и в этих случаях не требовалось глубоких поисков для выявления причины бесплодия жены; было очевидно, что в каждом случае репродуктивных сил пожилого мужа было достаточно для рождения единственного ребенка, но затем они были полностью исчерпаны. Мой опыт постижения тайн женского бесплодия подсказал мне еще одну причину бесплодия единственного ребенка - бесплодие, встречающееся в случаях, когда единственный ребенок рождался после нескольких лет неудачных супружеских отношений. В большинстве этих случаев жена в конце концов вынуждена искать замену своему мужу, репродуктивные способности которого оказались недостаточными; добившись успеха в рождении ребенка, которого она желает, жена больше не скитается по чужим пастбищам и, следовательно, остается бесплодной.

Согласно *Кляйнвехтеру*, который придает несколько более широкое значение термину “бесплодие единственного ребенка”, включая, как и он, случаи преждевременного прерывания первой и единственной беременности, поскольку они еще чаще влекут за собой постоянную стерилизацию — бесплодие единственного ребенка - ни в коем случае не редкость. Из 1081 гинекологического случая он наблюдал это в 90, то есть в 8,32% случаев. В этих 90 случаях было 69 случаев, когда бесплодие наступало после доношенных родов, и 21 случай, когда оно наступало после аборта или преждевременных родов. *Более того, Кляйнвехтер*, основываясь на своем личном опыте, поддерживает мою точку зрения о важности стерилизующего воздействия первых родов; но он не смог определить, оказывает ли ранний брак какое-либо влияние на бесплодие единственного ребенка.

Лир и *Ашер* также относят к случаям бесплодия единственного ребенка те случаи, когда у женщины был единственный выкидыш, и впоследствии она оставалась стерильной, поскольку при этом выкидыше была доказана способность женщины к оплодотворению, а вопрос способности к доношенным родам не имеет ничего общего со способностью к зачатию. В качестве причин этой формы бесплодия особое внимание уделяется послеродовой инфекции, гонорейной инфекции, периметриту, tuboовариальным опухолям и т.д.

Оперативная стерильность.

Наконец, чтобы завершить этиологически классифицированный ряд форм бесплодия, мы должны упомянуть еще одну разновидность бесплодия, которая обусловлена хирургическим направлением современной гинекологии, а именно - оперативное бесплодие. Как бы высоко мы ни ценили достижения, которыми мы обязаны современной оперативной гинекологии, нельзя отрицать, что новые разработки принесли с собой много бед. Не последним из них является оперативное бесплодие, вызванное оперативными процедурами, затрагивающими женские репродуктивные органы, в результате которых, намеренно или непреднамеренно, нарушается репродуктивная способность. Несомненно, при некоторых тяжелых органических заболеваниях женского репродуктивного аппарата, при которых показано использование ножа, тот факт, что, оперируя, мы стерилизуем пациентку, даже не может приниматься во внимание; но многие грехи были совершены такого рода, причем с

готовностью, и, следует открыто признать, со спокойной совестью, многие усердные хирурги предприняли разрушение потенциала женщины к материнству, не уделив должного внимания, которого требует непоправимый характер их предприятия. К счастью, однако, почти прошли те времена, когда о многих гинекологах можно было сказать, что ни яичники, ни фаллопиевы трубы не были защищены от его оперативного рвения и желания нагромоздить гору статистических данных.

Три оперативных вмешательства, которые очень часто проводятся в настоящее время, приводят к возникновению оперативного бесплодия: овариотомия, овариоэктомия и сальпинготомия.

Удаление яичников с целью разрешения соответствующим женщинам необузданных сексуальных утех без риска последствий производилось, согласно *Страбону*, древними египтянами и лидийцами. Современные авторы описывают ту же практику как происходящую в Индостане (*Робертс*) и в Австралии (*Миклучо-Маккей*).

С лечебной целью удаление яичников впервые было предпринято в первые годы девятнадцатого века, хотя возможность этой операции уже обсуждалась ведущими врачами восемнадцатого века. Первая овариотомия для удаления опухоли яичника была выполнена *Макдауэллом* в 1809 году. За последние три-четыре десятилетия эта операция стала чрезвычайно распространенной и проводится хирургами всех стран. Удаление одного яичника, пока другой яичник здоров, не обязательно приводит к какому-либо нарушению фертильности; но когда удаляются оба яичника, необходимым результатом является оперативное бесплодие. Чтобы избежать этого, *Шредер* рекомендовал оставить по крайней мере фрагмент здоровой ткани яичников, чтобы сохранить репродуктивную способность. Обсуждая тему нарушения овуляции, мы уже упоминали случаи, когда беременность наступала после двустороннего удаления яичников, обстоятельство, объяснимое только при одном из двух предположений: либо был оставлен фрагмент ткани яичника, либо существовал дополнительный яичник.

Экстирпация здоровых яичников или, во всяком случае, яичников, которые не заметно увеличены, известна как овариэктомия (стерилизация, *операция Батти*, в Германии - кастрация). Оно датируется 1869 годом (*Кеберле*); но в строго современном смысле операция была впервые проведена *Хегаром* в 1872 году. [*Лоусон Тейт* удалил оба яичника из-за болей в октябре 1871 года. *Первая операция такого рода Батти была успешно проведена 17 августа 1872 года; это произошло через три недели после первого проведения операции Хегаром из Фрайбурга. Но пациент Хегара умер от операции, и Хегар в то время не публиковал этот случай — Перев.] Целью овариотомии является удаление кисты яичника; если удаляется другой, внешне здоровый, яичник, то это делается с целью удаления опухоли яичника на начальной стадии. Овариэктомия преследует совершенно иную цель, а именно облегчить или вылечить патологические проявления в других органах, которые, как считается, зависят от периодического повторения овуляции, вылечить их путем наступления преждевременной менопаузы. В какой-то период, когда чрезмерно усердные операторы выполняли овариэктомию для предполагаемого облегчения сравнительно незначительных нервных поражений, и статистика операции начала приобретать гигантские масштабы, оперативная стерильность на самом деле стала играть заметную роль на стадии бесплодия в целом. Но реакция неизбежно последовала; только тяжелые заболевания считались достаточными показаниями для операции; в последнее время ее проводили главным образом в тех случаях, когда первичное заболевание уже сделало наступление беременности невозможным или, во всяком случае, очень маловероятным, или, наконец, если это возможно, все же следовало избежать из-за опасностей, которые это повлекло бы*

за собой. Короче говоря, эта операция больше не представляет серьезной угрозы для фертильности женщин.

Несколько лет назад ко мне обратилась за консультацией красивая замужняя женщина 26 лет, цветущего и здорового вида. Когда она была маленькой девушкой, она каждый месяц во время менструации страдала от сильной рвоты, сопровождавшейся различными спазматическими расстройствами. Как раз в это время овариэктомия была модной операцией для облегчения нервных расстройств; эта девочка подверглась операции, и рвота во время месячных прекратилась, но другие нервные симптомы сохранялись без облегчения — действительно, были в разы хуже, чем раньше. С тех пор она вышла замуж за человека, принадлежащего к высшим кругам общества; и теперь, прожив четыре года в бесплодном браке, она пришла ко мне, чтобы спросить моего совета относительно того, можно ли что-нибудь сделать, чтобы позволить ей иметь ребенка! Мне известны два других случая, когда женщины, которым удалили яичники из-за нервных расстройств, впоследствии вышли замуж и чувствовали себя крайне несчастными из-за своего безнадежного бесплодия.

Невозможно произвести даже приблизительную оценку числа женщин, которым за последние годы удалили яичники в период половой зрелости и которые, таким образом, стали жертвами оперативного бесплодия; также невозможно установить, в какой доле случаев здоровые яичники, нормальные женские репродуктивные железы, были удалены для проблемного облегчения нервных расстройств или маточных кровотечений, и в какой доле случаев имелись подлинные показания из-за наличия фибромиомы матки для индукции искусственной и преждевременной менопаузы. Несомненно, число женщин, прооперированных таким образом во время менакме, отнюдь не малое. В работе *Гермеса* “О результатах овариэктомии при миоме матки”, Архив гинекологии, 1894 г., мы находим, что среди 55 женщин, у которых были удалены яичники по причине миомы матки, было 52 женщины в возрасте от 21 до 45 лет, то есть в периоде половой зрелости. Предположение о том, что все эти пациентки уже были стерильны до операции из-за дегенеративного состояния приложения матки, не может быть оправдано.

Кепплер, действительно, выдвигает весьма примечательную защиту удаления яичников у женщин, которые способны стать матерями, утверждая, что такая овариэктомия не является препятствием для вступления в брак и что многие женщины, прооперированные таким образом, чрезвычайно счастливы в супружеской жизни. Брак с женой, у которой были удалены яичники, является идеальным мальтузианским браком, единственным способом, которым мальтузианство может практиковаться без угрозы здоровью и жизненному счастью участников!

Вскоре появилась еще одна опасность, которая в еще большей степени угрожала фертильности женщин, в виде операций на соединительном материале матки — первая сальпинготомия была выполнена *Хегаром* в 1877 году. По мере развития знаний о различных заболеваниях фаллопиевых труб, сальпингите, гидросальпинксе и пиосальпинксе, в то же время развитие антисептического метода делало оперативную гинекологию все более смелой в своих начинаниях, открылось обширное поле для радикальных мер по удалению труб, как правило, в сочетании с удалением яичников, поскольку эти последние органы, как правило, страдали от участия в деструктивном воспалительном процессе. Операция сальпингофорэктомии вскоре стала очень распространенной; и поскольку пациентки с пораженными трубами по большей части еще сравнительно молоды, в период половой зрелости возникла новая и частая разновидность оперативного бесплодия, которая благодаря усердию американских гинекологов стала особенно распространенной по другую сторону Атлантики. Один американский гинеколог, действительно, саркастически заметил,

что “Только тарелка, полная вырезанных труб, показывает мастера-гинеколога”; а *Ландау* был вынужден посетовать, что “сальпинготомия была выполнена очень большому количеству женщин, которые не жаловались ни на что более серьезное, чем маточные кровотечения или незначительные боли, и даже некоторым женщинам, которые пришли к гинекологу только с одной жалобой — они бесплодны”! *Фрич* также, описывая слишком быстро поставленный диагноз “опухоль придатка” и последующее обращение к операции, замечает: “Я знаю многих счастливых матерей, которые в свое время носили всевозможные пессарии, прошли через всевозможные виды “лечения” и посетили все доступные спа-центры; пока, наконец, она не пришла ко мне на консультацию с выраженным желанием удалить ей яичники. В последнее время каждый врач, к которому она обращалась, советовал ей пройти этот курс. В таких случаях я соглашался на операцию с условием, что, прежде всего, в течение целого года пациентка не должна обращаться ни к одному врачу, не должна посещать спа-центр, не должна принимать никаких лекарств и, короче говоря, не должна обращать никакого внимания на свое здоровье. Успех этого курса ‘лечения’ часто был экстраординарным. Как только репродуктивные органы оставались в покое, наступало выздоровление”. Консервативные тенденции хирургии последнего десятилетия проявились также в отделении гинекологии, направленном на счастливую защиту женщины и ее репродуктивной способности. Оперативные мероприятия в настоящее время обычно ограничиваются лечением определенных тяжелых форм заболеваний оболочки матки; в случаях хронического воспаления оболочки матки хирург часто довольствуется разделением или разрывом спаек и оставляет органы на месте; даже при двустороннем заболевании может быть удалена только одна трубка; в то время как при самом последнем методе из всех, после вскрытия брюшной полости и отделения органов малого таза от их спаек, в закрытой трубе делается отверстие, и это искусственное устье сращивается с яичником путем наложения швов. Одним словом, хирурги пришли к пониманию того, что в прошлом они были слишком готовы стерилизовать своих пациенток путем выполнения двойной сальпингофорэктомии и гораздо более неохотно, чем раньше, жертвуют яичниками и фаллопиевыми трубами.

Операция Порро является еще одной причиной оперативного бесплодия, поскольку удаление яичников сочетается с частичным удалением матки, тогда как бесплодие редко было следствием более старого метода кесарева сечения. Действительно, *операция Порро* была высоко оценена именно по той причине, что, поскольку она предназначена для облегчения чрезвычайно тяжелого труда, она делает невозможным повторение тех же трудностей и опасностей.

Классическая операция кесарево сечение, если пациент делает благоприятного восстановления, не предполагает стерильность, разве что в очень исключительных случаях (как в одном описываются *Lecluyse*, в котором, после кесарева сечения, в связи сохраняются между маточной полости и полости живота, посредством которой семя передается во время полового акта). Также иногда при выполнении старой операции оператор считает правильным предотвратить повторение беременности в будущем, добавив овариэктомию к основной операции.

Беременность и роды все еще возможны после заживления самопроизвольных или травматических разрывов матки; но следует помнить, что после таких серьезных травм, как после обширных оперативных вмешательств на органах малого таза, может возникнуть распространенное воспаление брюшины с периферическими и параметрическими выделениями, что обычно приводит к бесплодию.

Ампутация вагинальной части шейки матки, операция, иногда проводимая для облегчения бесплодия в случаях гипертрофии шейки матки, с другой стороны, может привести к бесплодию в случаях, когда в результате операции возникает рубцовый стеноз цервикального канала.

Слишком частое нанесение едких веществ на канал шейки матки или применение этих средств в слишком сильной форме может вызвать закупорку наружного зева или даже сращивание противоположных стенок влагалища непосредственно под шейкой матки, что приводит к бесплодию. Грубое использование маточного звука, а также неумелый и насильственный гинекологический массаж достаточно часто были причиной бесплодия, вызывая воспаление по периметру. *Ландау* перечисляет среди причин внутрибрюшных абсцессов, “при которых специфические функции женщины сводятся на нет вследствие дегенерации труб или яичников”, “определенные терапевтические процедуры”, и более конкретно, внутриматочную терапию (использование звука, выскабливание, инъекции, прижигание) и операции на шейке матки или влагалище, при которых возникает внутрибрюшное воспаление и даже нагноение. То, как легко тазовый перитонит и его последствия приводят к бесплодию у женщин, неоднократно демонстрировалось в ходе нашего изложения этой темы.

Наконец, мы должны отнести к категории оперативного бесплодия результат хирургической процедуры, проводимой гинекологами для спасения женщин, жизни которых уже серьезно угрожали беременность или роды, от повторения этого опыта. В таких случаях *Бланделл* рекомендует разделение фаллопиевых труб, обнаружив в результате экспериментов на кроликах, что это безопасное и верное средство предотвращения зачатия. *Frorieps* и *Kocks* оба часто вызывали искусственное бесплодие у женщин путем закрытия труб, первый из которых назван прижиганием нитратом серебра - каустик прикрепляется к концу куска китового уса и вводится через канюлю в маточное отверстие фаллопиевой трубы, — в то время как *Kocks* сконструировал для той же цели гальванокаустический маточный звук, который становится раскаленным докрасна только при пропускании тока после того, как он был введен в маточное устье трубы. Оба эти метода, во-первых, слишком ненадежны, чтобы на них можно было положиться для достижения желаемой цели, а во-вторых, их применение не представляется ни легким, ни безопасным.

По мере того, как важность консервативных методов лечения становится все более широко признанной в современной гинекологии, случаи оперативного бесплодия будут становиться все более и более редкими.

ТАБЛИЦА, ПОКАЗЫВАЮЩАЯ ПРИЧИНЫ БЕСПЛОДИЯ У ЖЕНЩИН.

I. Бесплодие вследствие неспособности к овуляции.

АБСОЛЮТНЫЙ И НЕПОПРАВИМЫЙ.

Полное отсутствие яичников.

Врожденная атрофия обоих яичников.

Преждевременная атрофия яичников вследствие инфекционных заболеваний, конституциональных заболеваний и токсических воздействий.

Новообразования яичников, разрушающие все фолликулы.

Старческие изменения в яичниках.

Полная овариэктомия или любая эквивалентная форма оперативного бесплодия.

ОТНОСИТЕЛЬНЫЙ И ПРЕХОДЯЩИЙ.

Неполное развитие яичников.

Несовершенное формирование яйцеклеток вследствие вступления в брак в слишком молодом возрасте (аменорея).

Опухоли яичников и овариэктомия, при которых, однако, сохраняется остаток *здоровой* ткани яичника.

Хронический оофорит и периофорит; сифилитическая болезнь яичников.

Чрезмерное ожирение, анемия, хлороз, золотуха, морфинизм, алкоголизм, различные состояния, неблагоприятно влияющие на иннервацию или питание яичников; смена климата или образа жизни; эмоциональные расстройства; инбридинг, наследственная предрасположенность.

II. Бесплодие вследствие нарушения контакта нормального сперматозоида и яйцеклетки.

Ответ: Со стороны Жены.

АБСОЛЮТНЫЙ И НЕПОПРАВИМЫЙ.

Врожденное или приобретенное повсеместное утолщение белочной оболочки яичников, препятствующее расхождению фолликулов.

Отсутствие обеих труб, дефекты развития этих органов.

Отсутствие или рудиментарное состояние матки. Плодная матка.

Врожденная атрезия матки с задержкой развития.

Полное отсутствие влагалища.

Сильное сжатие таза, при котором влагалище становится недоступным.

Гермафродитизм.

ОТНОСИТЕЛЬНЫЙ И ПРЕХОДЯЩИЙ.

Устраняемое утолщение белочной оболочки, остатки воспалительных периофоритных процессов, заболевания шейных желез, вывихи и спайки труб, сужение или облитерация устьев, воспаление труб, пиосальпинкс, облитерация просвета трубы.

Ретро-маточное гематоцеле.

Новообразования в полости матки.

Инфантильная и опущенная матка.

Первичная атрофия матки.

Послеродовая атрофия матки.

Смещения матки — варианты и сгибания.

Гипертрофия или атрофия или изменения формы шейки матки, стеноз шейки матки.

Катар шейки матки, особенно при гонорее.

Эктропий шейки матки.

Спазматическая дисменорея.

Атрезия влагалища, облитерация канала рубцами или опухолями.

Аномальное окончание влагалища — пузырно-вагинальные и ректо-вагинальные свищи.

Отсутствие наружных органов зачатия и частичное отсутствие влагалища, без дефекта внутренних органов зачатия.

Аномалии развития девственной плевы.

Патологические состояния половых выделений.

Вагинизм.

Диспареуния.

Извращение сексуального влечения.

Б. Со стороны Мужа.

АБСОЛЮТНЫЙ И НЕПОПРАВИМЫЙ.

Заболевания центральной нервной системы и некоторые конституциональные заболевания.

Врожденное или приобретенное отсутствие обоих яичек.

Атрофия яичек.

Полная азооспермия и асперматизм.

Старческая импотенция.

ОТНОСИТЕЛЬНЫЙ И ПРЕХОДЯЩИЙ.

Дефекты развития полового члена и приобретенные деформации этого органа.

Стриктура мочеиспускательного канала.

Олигозооспермия.

Нервная импотенция.

Гонорейная и сифилитическая инфекция.

Применение мер по предотвращению беременности (факультативное бесплодие).

III. Бесплодие вследствие неспособности к имплантации и дальнейшему развитию яйцеклетки.

АБСОЛЮТНЫЙ И НЕПОПРАВИМЫЙ.

Задержка развития матки.

Полная атрофия слизистой оболочки матки.

ОТНОСИТЕЛЬНЫЙ И ПРЕХОДЯЩИЙ.

Хронический метрит.

Хронический эндометрит, особенно гонорейный и эксфолиативный эндометрит.

Периметрит, параметрит, тазовый перитонит; последствия этих воспалений.

Опухоли матки.

Смещения матки.

III. СЕКСУАЛЬНАЯ ЭПОХА МЕНОПАУЗЫ.

Менопауза.

Тот период в жизни женщины, когда ее сексуальная активность приходит к естественному завершению, отмечаемому прекращением менструации, известен как менопауза, климакс или климактерический период.

Это “изменение жизни”, переход от состояния половой зрелости к состоянию покоя сексуальных функций, не является внезапным, симптомы сексуальной регрессии проявляются постепенно, пока прекращение ежемесячных повторяющихся менструаций не укажет на то, что наступило прекращение сексуальной активности и что наступает сексуальная смерть.

Влияние этого периода жизни проявляется не только в половых органах — в этих последних, действительно, различные изменения могут быть обнаружены еще до прекращения менструаций, в то время как после этого прекращения в этих органах медленно, но непрерывно развиваются атрофические изменения, характерные для старости, — но нарушения, вызванные климактерическим периодом, затрагивают весь организм и влияют на функции многих органов, вызывая настоящую бурю раздражающих явлений и проявления увядания разнообразной природы.

Бурные проявления, возникновение которых побудило древних обозначить этот период как “критический возраст” жизни женщины, в первую очередь обусловлены изменениями в яичниках; изменения тканей в этих органах вызывают мощный раздражитель яичников, который путем иррадиации и рефлекторного воздействия приводит к возникновению ряда нервных расстройств, вазомоторных проявлений и нарушений кровообращения; в то время как из-за прекращения внутренней секреции яичников возникают многочисленные и интенсивные патологические нарушения обмена веществ. Эти различные симптомы

становятся очевидными в самом начале менопаузы, когда приближающееся полное прекращение менструаций уже предвещается нерегулярностью месячных, постепенным уменьшением количества выделений и различиями в количестве дней, в течение которых выделения в каждом случае сохраняются.

Проявления менопаузы на самом деле настолько поразительны, что с древних времен и до наших дней преобладало широко распространенное убеждение, что особой опасностью для жизни женщины является климактерический возраст. Имеющиеся статистические данные по этому вопросу, однако, имеют сомнительную значимость. Хотя нельзя отрицать, что изменения во всем организме, сопровождающие прекращение сексуальной активности, приводят в действие многочисленные опасные влияния, все же я чувствую себя обязанным утверждать, что эти опасности ни в коем случае не так велики, как те, которые сопряжены с сексуальной жизнью в ее наиболее зрелый период развития — опасности беременности, родов и послеродового периода.

Часто утверждается, что в этот “критический период” менопаузы смертность женского пола заметно возрастает. Имеющиеся данные несколько противоречивы, но тщательное изучение приводит нас к мысли, что, если должным образом учитывать естественный прирост смертности с возрастом, нельзя проследить существенного увеличения смертности женщин из-за неприятностей и нарушений климактерического периода.

Возраст, в котором начинается последняя сексуальная эпоха женщины, очень изменчив. Продолжительность “изменения жизни”, промежуток времени, в течение которого наступление “изменения” проявляется местными и общими нарушениями, также сильно различается. Не менее изменчивы интенсивность и общее распределение симптомов, характеризующих климактерический период.

Внешняя конфигурация женщины в климактерическом возрасте обычно характеризуется признаками перезрелости, и эти изменения, по-видимому, оказывают на некоторых мужчин — особенно на очень молодых мужчин — своеобразный эротический стимул. Многие женщины в этот период долго сохраняют довольно свежий вид, с ярким, юношеским румянцем; у других, однако, рано проявляются изменения в их более тонких женских чертах, например, на подбородке прорастают волосы, а тон голоса становится более глубоким.

Внешние признаки старения с увяданием тканей обычно не проявляются в это время, но впервые проявляются в более поздние годы, после завершения менопаузы.

Склонность к чрезмерному накоплению жировой ткани является одной из наиболее отличительных характеристик менопаузы, степень которой, однако, сильно варьируется в зависимости от расы, семейной предрасположенности и условий питания. Таким образом, доминирующий тон физической конфигурации придается отложением жира. Лицо приобретает округлый, сферический вид, глаза кажутся пропорционально меньше, в то время как борозды и складки, образующие естественные границы между чертами, становятся нечеткими. Образование “двойного подбородка” и обильное отложение жировой ткани в надключичной области придают этим женщинам с чрезмерным ожирением вид такого укорочения шеи, что голова и грудная клетка кажутся как бы соединенными огромной массой жира, отмеченной бороздами в щитовидной железе и подъязычной области. Грудь иногда достигает огромных размеров, свисая до желудка и даже до области пупка. Живот сильно увеличен, жир на передней брюшной стенке выступает особенно в области гипогастрия, свисает двумя или тремя горизонтальными валиками над верхней частью бедер и отталкивает венерические мышцы книзу, так что последняя сама выступает над половой щелью. Задняя проекция ягодиц также значительно увеличивается, пока они не образуют

огромную упругую подушку, о которой чувственные жители Востока, считающие полноту у женщин признаком красоты, поэтично пишут: “Ее лицо подобно полной луне, а ягодицы - двум подушкам”. Иногда под бугристостью седалищной кости образуется такая огромная масса жира, что конфигурация затылочных костей напоминает нам хорошо известную *стеатопигу* или жирный зад женщин готтентотов и босьесман. В половых органах, как уже упоминалось, генитальная трещина скрыта выступом венерической артерии. Большие половые губы также сильно увеличены из-за отложения жира, так что они выглядят как два больших цилиндра, лежащих бок о бок. Другим способом, по которому характерная сексуальная красота часто теряется у женщин с чрезмерным ожирением, является выпадение волос на лобке.

Моро в своей работе “*Естественная история женщины*” описывает изменения, происходящие с женщиной в период климакса, в сходных выражениях и приходит к выводу: “Единственными элементами женской красоты, которые иногда могут быть спасены от крушения и сохраняться в течение более короткого или длительного времени после наступления климакса, являются густота ее волос, живость взгляда, а иногда также дружелюбное выражение ее лица; однако постепенно даже эти последние остатки красоты исчезают, и старость вступает во владение со своей непреодолимой силой.

Тем не менее, некоторые женщины могут сохранять существенные элементы красоты в течение длительного времени после менопаузы. Классический пример этого факта приводит *Нинон де л'Энкло*. Когда она умерла в возрасте 90 лет, она все еще была красива. В возрасте 65 лет она пробудила страстную любовь молодого человека, который, к сожалению, был ее собственным сыном. Узнав об этом, он покончил с собой. Молодой аббат влюбился в нее, когда ей было 75 лет.

Бурные физические изменения, связанные с климактерическим периодом, оказывают глубокое влияние на психическую жизнь женщины. Женщина не просто тешит себя тревожной мыслью о том, что наступил критический возраст, несущий за собой определенные страшные опасности для ее здоровья и даже жизни, но и еще больше угнетается сознанием того, что она вот-вот утратит свою женскую привлекательность, снизится сексуальное самоуважение и что ее репродуктивная способность теперь угаснет. Она отчетливо осознает, что прекрасное прошлое, любящая женственность теперь должна остаться позади навсегда, и это не может не глубоко затронуть умную и чувствительную женщину. Никогда еще ее чувства в то время не были выражены так характерно, как француженкой, сказавшей “*Autrefois quand j'étais femme*”. Если, действительно, женщине посчастливилось выйти замуж счастливо, родить здоровых детей и вести удовлетворительную семейную жизнь, она сможет сравнительно спокойно перенести исчезновение своей сексуальной жизни; но иначе обстоит дело с бездетной женой и незамужней женщиной, которые при наступлении климактерического периода должны похоронить все свои сексуальные устремления и которые видят, как перед ними простирается остаток их жизни без надежд на будущее. Психическая предрасположенность и интеллектуальное образование соответствующей женщины теперь будут определять, перенесет ли она наступление менопаузы со спокойствием и покорностью, или же она станет жертвой меланхолии. Женщины первого типа будут стремиться найти применение силам, высвобожденным их сексуальной пассивностью, в служении ближнему, в делах милосердия и в исполнении общественных обязанностей; женщины, менее счастливо обеспеченные, будут проявлять свою враждебность к миру в злобности, разжигании скандалов и интригах, давая выход своей внутренней горечи; в то время как женщины,

наконец, с наследственной предрасположенностью к нервной дегенерации, станут жертвой настоящих психозов.

Отнюдь не редкий результат возбужденной фантазии и страстного желания не стареть проявляется в климактерический период в форме самообмана. Женщины, пострадавшие таким образом, не могут понять, и их нельзя заставить поверить, что прекращение менструации является естественным признаком их сексуального упадка, они обманывают себя, заставляя верить, что в их случае это признак того, что они забеременели. Действительно, мы не должны забывать, что увеличение живота, столь обычное явление в начале климактерического периода, в сочетании с неожиданным прекращением менструальных выделений, частыми диспепсическими расстройствами и увеличением груди вследствие отложения жира в этих органах, достаточно часто приводят к появлению обманчивого сходства с клинической картиной ранней беременности. Ошибка совершается тем легче, что молочные железы иногда выделяют серозную жидкость, в то время как крестцовый отек встречается нередко, и перистальтические движения кишечника ошибочно принимают за движения плода. Случаи такого рода, в которых, по-видимому, присутствуют все объективные признаки беременности и в которых невозможно убедить женщину в том, что она обманывала себя, и что все признаки и симптомы вызваны менопаузой, упоминались уже очень ранними авторами, и о них часто сообщают современные гинекологи. (Пример ложной беременности, особенно хорошо знакомый английским читателям, - беременность Марии I, королевы Англии. Перев.)

Сексуальное желание у женщины ни в коем случае не достигает своего физиологического срока с наступлением климакса и прекращением менструации. Напротив, мы наблюдали, что это является правилом, что незадолго до и в начале климактерического периода наблюдается значительное повышение сексуального влечения и в то же время повышение сексуальной чувствительности во время коитуса. Этот сексуальный эретизм проявляется таким образом, что часто крайне удивляет мужа — и особенно удивляет в случае женщин, которые ранее отличались определенной фригидностью в сексуальных вопросах, и которых, возможно, всегда требовалось сильное убеждение, прежде чем они согласились бы выполнять свои супружеские обязанности. Отнюдь не редкость, когда повышенное сексуальное влечение проявляется в какой-либо патологической форме. Даже спустя некоторое время после менопаузы, когда старческие изменения в половых органах далеко зашли, сексуальное влечение все еще может быть удивительно активным. Существует интересная аналогия в том факте, что *Глевеке* наблюдал, что сексуальное влечение было стойким у женщин, у которых искусственная менопауза была вызвана овариэктомией; и что *Лоусон Тейт* и *Л. Смит* сообщили о случаях, когда диспареуния, существовавшая до операции, исчезала после удаления яичников, так что после искусственной менопаузы впервые проявилось сладострастие. Другие авторы, *Гуделл*, например, сообщают, что половое влечение сохраняется лишь на короткое время после овариэктомии, но впоследствии исчезает, как в ходе физиологической менопаузы, и что в то же время совместное влечение полностью угасает.

Когда менопауза полностью установилась и процессы инволюции в репродуктивных органах протекали нормальным образом, у женщины было время смириться с неизбежностью произошедших изменений, и она часто достигает состояния эмоционального покоя, которое было ей совершенно незнакомо на ранних этапах ее сексуальной жизни. В частности, те женщины, которые до сих пор во время менструации, а также в течение нескольких дней до и после месячных страдали от многочисленных нервных симптомов и неприятностей, после

менопаузы радуются вновь обретенной свободе от этих болей и беспокойств, избавлению от волнений репродуктивной системы, своему теперь непрерывному состоянию благополучия.

Однажды я видел скульптурную группу *Пьетро Балестры* под названием “Время уносит красоту”. Красивая женщина тщетно пыталась противостоять подавляющей мощи Хроноса, в то время как Купидон, которого вот-вот должны были покинуть, печально стоял рядом. Здесь мы имеем символическое представление о сексуальной эпохе менопаузы.

В недавно опубликованном романе “Старые девы” *Иветт Гильбер* самым верным образом описала чувства “Полувзрослых”, психическое состояние женщин в период климакса: “Они стараются оставаться молодыми, скрывать свои недостатки, они снова стремятся к опьянению любовью. Но то, что раньше в часы депрессии они предвидели, теперь становится ужасной реальностью. Когда лимон выжат досуха, кожуру выбрасывают”.

Рано или поздно после завершения менопаузы проявляются признаки старческого маразма. Исчезает мягкая, женственная конфигурация лица, черты грубеют, приближаясь к мужскому типу, появляются волосы на верхней губе и на подбородке. Голос становится глубже и резче. С началом дряхлости груди увядают, и это изменение происходит быстрее, пропорционально степени, в которой их функции в предыдущие годы выполнялись грудным вскармливанием; но иногда также и после жизни, полной сексуальной пассивности. Даже в тех случаях, когда потеря вещества груди, по-видимому, невелика, железистая ткань органов действительно исчезла и была заменена жиром. В пожилом возрасте груди становятся совсем маленькими, морщинистыми, вялыми и зависимыми, а иногда атрофируются, превращаясь в простые кожные складки. Соски выступают более заметно, они более темного цвета, а их поверхность морщинистая. В половых органах жир исчезает с венерических артерий, которые становятся плоскими, в то время как волосы на лобке перестают быть вьющимися, и большая их часть или все они в конечном итоге выпадают. Большие половые губы становятся тонкими и вялыми, пока не превращаются просто в пустые складки кожи; они широко разведены, так что отверстие влагалища закрывается только увядшими нимфами, пока сами последние в конечном счете не обозначаются простыми следами.

Там, где менопауза была вызвана искусственно, признаки старения появляются не сразу после удаления яичников; их развитие происходит очень постепенно. Половозрелая женщина, у которой были удалены эти признаки женственности, поначалу испытывает незначительные изменения во внешней конфигурации, за исключением несколько преувеличенной тенденции к отложению жира; другие описанные изменения обычно не проявляются до достижения физиологического климактерического возраста. Было отмечено лишь несколько случаев, когда после овариэктомии наблюдалось быстрое изменение конфигурации тела на мужскую.

Редко, если вообще когда-либо, случается, что менструация внезапно прекращается без каких-либо заметных конституциональных нарушений, так что как бы в одно мгновение наступает менопауза без какого-либо переходного периода. Даже редко мы встречаемся со случаями, когда особые проявления, предвещающие или сопровождающие прекращение менструации, длятся не более нескольких недель. Чаще всего нарушения менструальной функции (наиболее примечательной характеристикой которых до сих пор была их чрезвычайная регулярность) и связанные с ними симптомы климактерического периода сохраняются месяцами, а иногда и годами. Согласно моим собственным наблюдениям, средняя продолжительность климактерических проявлений составляет от двух до трех лет, однако пределы вариабельности в отдельных случаях чрезвычайно широки.

Проявления, сопровождающие прекращение менструации, как правило, следующие: Женщина в течение нескольких месяцев находится в раздражительном состоянии, жалуется на нарушения пищеварения, запор, метеоризм, носовое кровотечение, геморроидальный флюс, гиперемия головы, усиливающиеся мимолетные ощущения жара (см. *fliegende Hitze*) и склонность к обильному потоотделению.

Продолжительность межменструального интервала обычно увеличивается до шести-восьми недель; само течение становится более скудным. Однако в других случаях выделения становятся гораздо более обильными, а межменструальные интервалы намного короче, чем обычно. В некоторых случаях регулярность течения полностью утрачивается, оно появляется то рано, то поздно, то скудно, то обильно. Иногда интервалы составляют несколько месяцев, это может быть 6, 8 и даже 10 месяцев, затем снова выделения будут происходить каждые две или три недели; в исключительных случаях скудные выделения сохраняются на протяжении того, каким должен быть интервал, так что менструации становятся непрерывными с периодическим увеличением выделения. Нередко после внезапного прекращения месячных, длящегося много месяцев, менструация возобновляется и продолжается с регулярными интервалами в течение длительного времени, до окончательного прекращения менструальной активности.

Способ прекращения, наиболее благоприятный для общего состояния здоровья женщины, заключается в постепенном увеличении продолжительности межменструального интервала, в то время как параллельно с этим увеличением количество выделений постепенно уменьшается, пока они не прекратятся совсем. В таких случаях общее конституциональное нарушение сводится к минимуму. С другой стороны, *внезапное* прекращение менструации приводит к глубокому нарушению внутренней структуры женского организма и вызывает в нем резкие изменения. Но даже постепенное прекращение менструации вызывает заметное нарушение психического и физического равновесия женщины, если нарушения в менструальном процессе очень велики и распространяются на очень длительный период, особенно при большой кровопотере.

Даже после менопаузы, после окончательного прекращения менструального цикла, сохраняется более или менее регулярное повторение определенных симптомов, связанных с продолжением овуляции. Крестцовая боль, чувство напряжения в животе, ощущение жара и наполненности в малом тазу, тянущая боль в гипогастрии и общая раздражительность возникают с интервалами, так что женщина, пострадавшая таким образом, иногда описывает себя как страдающую от продолжения “бескровной менструации”.

tilt провела наблюдения за 637 женщинами, чтобы выяснить различные способы наступления менопаузы, и получила следующие результаты. Менопауза наступила:

Постепенным уменьшением объема кровотечения	у	171	женщины, или	26,84	процента.
Вследствие внезапного прерывания кровотока	у	94	женщин, или у	14,76	процентов.
Вследствие внезапного прерывания и	у	43	женщин, или у	6,75	%.

терминально го приступа метроррагии					
В результате терминально го приступа метроррагии	у	82	женщин, или у	12,87	процентов.
Серией приступов метроррагии	у	56	женщин, или	8,79	процента.
Чередование м очень обильных и очень скудных менструаций	у	36	женщин, или	5,65	%.
Из-за нерегулярных повторений менструаций с интервалами, превышающ ими 21 день	, у	99	женщин, или у	15,54	%.
Вследствие нерегулярных повторений менструаций с интервалом менее 21 дня	у	33	женщин, или у	5,18	%.
Из-за нерегулярног о повторения менструаций, интервалы между которыми иногда были длиннее, а иногда короче 21 дня	у	23	женщин, или у	3,61	%.
Итого		637		99.99	

Двумя основными опасностями климактерического периода у женщин являются, во-первых, большая склонность к обильным маточным кровотечениям и, во-вторых, склонность к

возникновению злокачественных опухолей, особенно к карциноматозным заболеваниям яичников, матки и молочных желез.

Что касается вопроса о том, может ли течение менопаузы у какого-либо конкретного человека быть благоприятным или неблагоприятным, то, по моему опыту, существуют четыре соображения, имеющие принципиальное прогностическое значение: состояние женщины во время менархе, состояние общего здоровья на момент начала менопаузы, степень, в которой осуществлялись и осуществляются половые функции, и способ, которым происходит прекращение менструации.

Как правило, нарушения и патологические состояния климактерического периода будут особенно частыми и тяжелыми у женщин, у которых половое развитие во время менархе сопровождалось серьезными нарушениями общего состояния. У каждого человека, по-видимому, существует определенная связь между проявлениями, сопровождающими менархе, и проявлениями, сопровождающими менопаузу, такого характера, что в зависимости от того, прошел ли период полового созревания с незначительными или с большими нарушениями общего состояния, можно прогнозировать аналогичное благоприятное или неблагоприятное течение менопаузы. Если во время менархе наблюдались серьезные нервные проявления или проблемы с сердцем серьезного рода, можно ожидать, что наступление менопаузы аналогичным образом вызовет невропатические поражения и нарушения сердечной деятельности.

Общее состояние здоровья женщины также имеет важное значение для определения того, будет ли течение менопаузы благоприятным или неблагоприятным. Совершенно здоровые женщины со спокойным темпераментом и при благоприятных жизненных обстоятельствах легче всего переживут климактерический период без нарушения своего общего состояния. Любое отклонение от нормального состояния здоровья оказывает неблагоприятное влияние на течение климактерического периода. У женщин с полнокровным телосложением в это время наблюдается особая тенденция к появлению симптомов застоя и гиперемии. Женщины с хлоротикой и анемией более других склонны страдать во время менопаузы от маточных кровотечений. Женщины с сангвино-эретической конституциональной предрасположенностью часто проявляют в эту эпоху склонность к неврозам и психозам. Наилучшие перспективы беспрепятственного прохождения климактерического периода имеют те женщины, которые вступают в него в состоянии совершенного здоровья. Менее благоприятный прогноз у тех женщин, которые уже за некоторое время до наступления климакса, в начале четвертого десятилетия своей жизни, начали жаловаться на сильные кровотечения и различные другие патологические состояния.

Что касается влияния, которое сексуальная активность женщины во время менакме оказывает на течение климактерического периода, то, вообще говоря, можно сказать, что предшествующее свободное осуществление сексуальных функций в нормальных условиях оказывает благоприятное влияние на состояние здоровья во время менопаузы. Женщины, которые много лет были замужем, у которых было много детей и которые кормили этих детей грудью, переносят климактерические изменения гораздо легче, чем старые девы, чем женщины, которые много лет прожили во вдовстве на континенте, или чем женщины, у которых было очень мало детей или их вообще не было. Практика запрещающего полового акта, то есть использование во время полового акта методов предотвращения наступления зачатия, форма сексуальной безнравственности, которая стала чрезвычайно распространенной за последние несколько десятилетий, оказывает неблагоприятное влияние на течение климактерического периода. Неблагоприятными также являются последствия большой сексуальной активности в течение четырех или пяти лет,

непосредственно предшествующих менопаузе. Женщины, которые выходят замуж незадолго до начала климактерического периода, и те, кто родили ребенка незадолго до этого срока, обычно испытывают очень серьезные нарушения в период менопаузы. Проституткам, которые продолжают активное занятие своей профессией до климактерического возраста, приходится в это время сильно страдать. Женщины, у которых были трудные роды, или несколько выкидышей, или тяжелые послеродовые заболевания — и действительно, говоря в целом, те женщины, которые были подвержены какому-либо виду заболеваний репродуктивных органов, - склонны страдать от серьезных нарушений общего состояния здоровья в климактерический период.

Способ, которым происходит прекращение менструации, также причинно связан с легким или тяжелым течением менопаузы. Преждевременное прекращение менструации или очень внезапное прерывание этой функции оказывает вредное воздействие, проявляющееся как местными нарушениями репродуктивных органов, так и общими нарушениями в нервной системе и органах кровообращения. С другой стороны, поздняя менопауза и постепенное прекращение менструаций обычно сопровождаются благоприятным течением климактерических явлений.

Влияние сексуальной активности на течение климактерического периода описано *Бушем* в следующих выражениях: “Женщины, которые вели изнуряющий образ жизни, слишком часто вступали в половую связь, те, кто был склонен к онанизму или каким-либо другим сексуальным нарушениям, и которые, следовательно, вступают в менопаузу с вялыми и поврежденными репродуктивными органами, подвержены геморрагическим и слизистым выделениям, выпадению, карциноме, водянкам, увеличениям и гнойным процессам. Женщины, с другой стороны, которые вели жизнь в строгой изоляции и которые насильственно подавляли все сексуальные наклонности, часто страдают от окостенения, уплотнения и атрофических состояний репродуктивных органов, а также от неоплазм”.

После искусственной менопаузы, вызванной оперативным удалением яичников, возникают проявления, аналогичные тем, которые наблюдаются во время естественной менопаузы. Сходные нарушения и неприятности возникают в обоих случаях, но при искусственной менопаузе они обычно более серьезны, чем при естественной; они длятся также более длительное время, варьируя обычно от трех до шести лет; более того, при искусственной менопаузе, как и при естественной, нарушения здоровья более серьезны и длятся дольше пропорционально молодости индивидуума. Кроме того, при искусственной менопаузе интенсивность и продолжительность климактерических проявлений также зависят от конституционного состояния и состояния половых органов на момент проведения операции. Более того, мы отмечаем, что точно так же, как при физиологической менопаузе сопутствующие проблемы наиболее сильны в начальный период, а затем постепенно стихают, так и после искусственной менопаузы путем удаления яичников возникающие нарушения быстро нарастают по тяжести, достигая максимума через три-шесть месяцев, а затем, продлившись год или около того, они постепенно становятся менее серьезными, пока окончательно не исчезнут.

Обширный процесс трансформации, происходящий в организме женщины в этот период сексуальной жизни, от самого первого снижения активности яичников до полного угасания репродуктивных функций, проявляется во всем организме посредством ряда изменений, которые по большей части могут быть отнесены либо к состояниям застоя крови и их последствиям - закупорке различных органов, кровотечениям и нарушениям секреции, — либо к извращениям нервной функции.

Могут проявляться самые разнообразные симптомы нарушения кровообращения: гиперемия центральной нервной системы, приливы крови к лицу, так называемый мимолетный жар (нем. *fliegende Hitze*), склонность к носовому кровотечению, геморроидальному потоку и обильному потоотделению. Изменения, происходящие в репродуктивных органах во время менопаузы, приводят к набуханию вен и коллатеральным застойным явлениям. Такое состояние венозной гиперемии может возникать в слизистой оболочке желудка и кишечника, приводя к различным диспепсическим проявлениям, а иногда, при выраженной форме, даже к настоящему катару желудка и кишечника. Также может возникнуть гиперемия печени. В этом случае давление расширенных кровеносных сосудов на желчные протоки может препятствовать оттоку желчи и, таким образом, вызывать легкую желтуху. Кроме того, внутрибрюшной венозный застой приводит к переполнению геморроидальных вен и, следовательно, к образованию геморроидальных скоплений.

Когда застойные явления длятся долго, могут возникнуть различные дополнительные патологические изменения, гиперемия легких может перерасти в бронхит, гиперемия мозговых оболочек головного мозга может вызвать очень сильную головную боль, возможны синкопальные приступы, шум в ушах, заложенность сосудистой оболочки, нарушение зрения и т.д.

Застойные явления более активного характера возникают из-за повышенного и обычно ускоренного тока крови по сосудам части, в которой сопротивление кровотоку снижено пропорционально его выталкивающей силе. Таким образом, возникает тот характерный симптом менопаузы, известный как *ardor fugax* — беглый жар — одно из звеньев в длинной цепи вазомоторных проявлений, возникающих в этот период жизни. Кратковременный жар обычно наиболее четко выражен на лице, голове и шее, в этой области внезапно возникает покраснение кожи с диффузным и усиливающимся субъективным ощущением жара. В то же время часто возникает ощущение напряжения, как будто деталь вот-вот лопнет. Может быть замечен небольшой отек, глаза блестят и несколько выпуклые, голова кажется тяжелой, тупой и кружится. Иногда эти симптомы длятся значительное время; в других случаях они быстро и внезапно прекращаются местным потоотделением или приступом носового кровотечения. Нередко, продлившись короткое время в одной области, они проходят так же быстро, как и появились, но немедленно сменяются аналогичным приступом в какой-нибудь другой части тела или вазомоторными явлениями несколько иного рода. Таким образом, такой прилив крови и жар к лицу могут смениться внезапным ощущением жара в пояснице или в крестцовой области, зудом конечностей, учащенным сердцебиением или приступом псевдостенокардии.

Еще одним следствием активной гиперемии является возникновение тех спутанных состояний, столь распространенных в климактерическом возрасте, психического и телесного беспокойства, которые находят выражение то в состояниях возбуждения, то в состояниях депрессии. Таким образом, мы часто наблюдаем изменение настроения, связанное с неспособностью к регулярной работе, в то время как сон беспокойный и сильно нарушается сновидениями; и снова состояния головокружения, чувства психического беспокойства и замешательства и даже настоящий бред.

В коже, в дополнение к мимолетным ощущениям жара, мы часто испытываем своеобразное покалывание, зуд или покалывание, а также различные виды гиперестезии, часто связанные с нарушениями тактильных ощущений. Мы наблюдаем также мышечные подергивания и общую слабость органов передвижения.

В связи с пассивной и активной гиперемией при менопаузе мы часто наблюдаем увеличение или некоторые качественные изменения различных выделений. Прежде всего, эти изменения влияют на различные выделения различных репродуктивных органов, но у нас также повышена кишечная секреция, что приводит к диарее, повышенному выделению отложений с мочой и повышенной секреции кожей. Симптомами, которые являются общими при менархе и часто повторяются при менопаузе, являются: головная боль, мигрень, состояние псевдонаркотического опьянения, легкие истерические приступы, признаки морального умопомешательства, пояснично-абдоминальные невралгии, невралгия молочных желез, бели и различные кожные высыпания.

Согласно *Tilt*, изменения, происходящие в организме в климактерический период, можно свести к следующим разделам:

1.
Повышенное выведение углекислоты легкими,
2.
Повышенное выведение мочевой кислоты с мочой,
3.
Повышенное потоотделение,
4.
Повышенный слизистый отек,
5.
Кровотечения из различных органов.

Что касается первого пункта, обширные исследования *Андрала* и *Гаваре* показали, что у женского пола количество углекислоты, выводимой легкими, уменьшается при первом появлении менструации в период полового созревания, но снова увеличивается в климактерическом возрасте, когда менструации прекращаются, тогда как у мужчин постепенное уменьшение выведения углекислоты начинается уже на 36—м году жизни; в пожилом возрасте количество выводимой углекислоты значительно снижается у обоих полов одинаково.

Изменения в женских репродуктивных органах в период менопаузы.

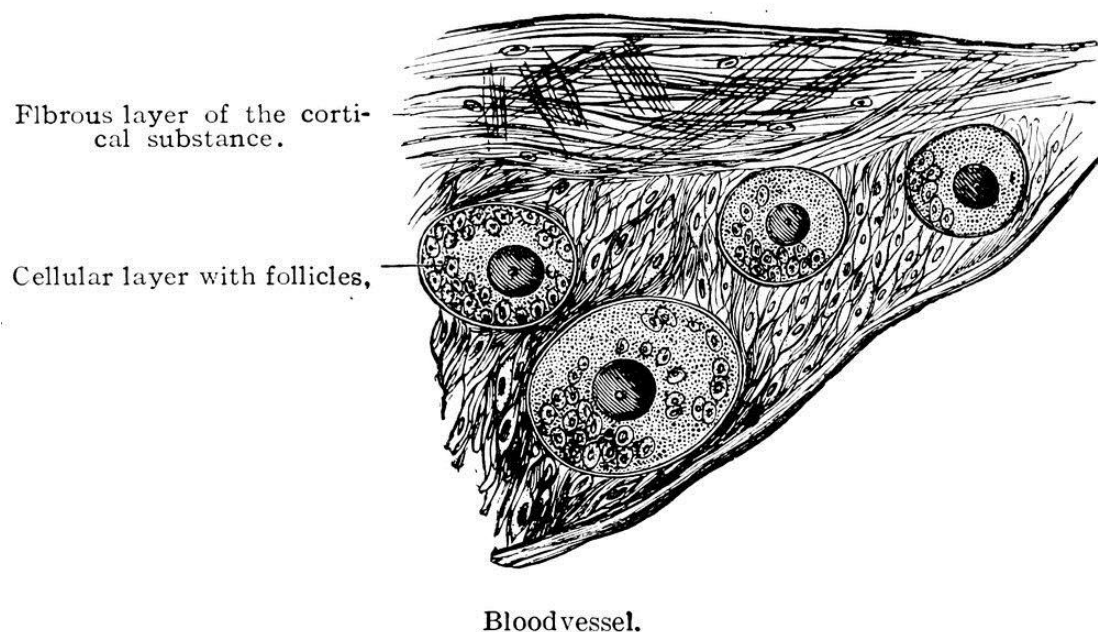


Рис. 84— Сагиттальный разрез яичника у девочки 16 лет.

Рассматривая изменения, происходящие в женских репродуктивных органах в этот период жизни, мы должны проводить различие между надлежащим периодом *климактерического периода*, с его различными проявлениями, предшествующими нерегулярности и окончательному прекращению менструаций и связанными с ними, и состоянием *пожилого возраста*, при котором менструации фактически и полностью прекращаются, при котором менопауза полностью завершена и при котором изменения старения сразу же наступают в органах репродуктивной системы и в организме в целом.

Самыми важными и наиболее значимыми изменениями этой сексуальной эпохи, несомненно, являются анатомические изменения в яичниках. Много лет назад я предпринял исследование, целью которого было проследить естественную инволюцию граафовских фолликулов с момента наступления климакса и до наступления старости, и с этой целью я исследовал очень большое количество яичников женщин в возрасте от 42 до 75 лет (Archiv. für Gynecologie, Bd, XII., Heft 3).

В течение этих лет в яичниках происходит медленная, но непрерывно прогрессирующая атрофия; они становятся меньше и плотнее, особенно в высоту и ширину; их поверхность становится чрезвычайно неровной; и в глубокой старости они отмирают до тех пор, пока в области, ранее занимаемой яичниками, не останется ничего, кроме уплощенного фиброзно-сосудистого утолщения (рис. 84-88). Гистологическую характеристику изменений в яичнике, которые происходят постепенно от начала менопаузы до глубокой старости, можно резюмировать как состоящую в постоянном увеличении и новообразовании соединительнотканной стромы за счет клеточного слоя, сопровождающемся регрессивной метаморфозой граафовских фолликулов.

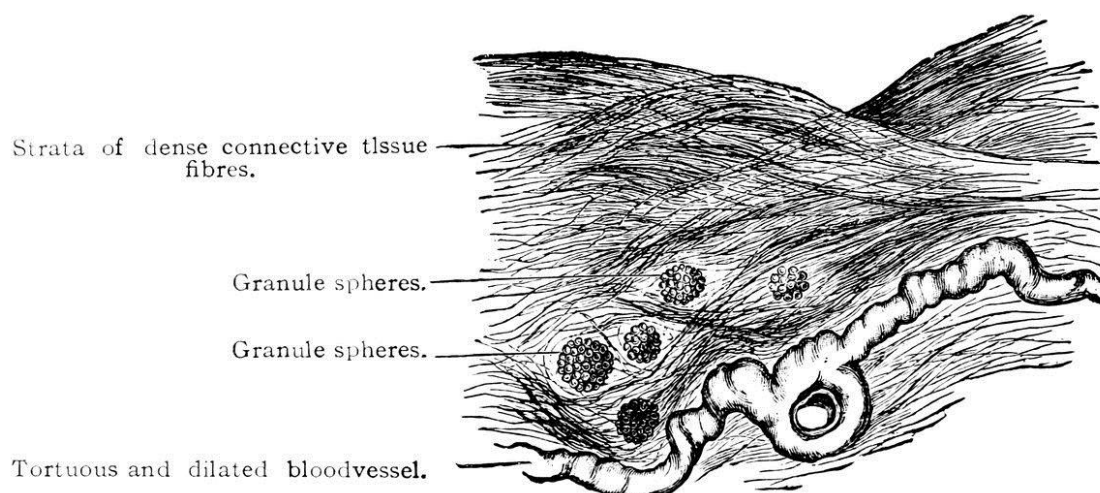


Рис. 85— Сагиттальный разрез яичника женщины в возрасте 72 лет.

Основное вещество соединительной ткани яичника увеличивается от периферии к центру и постепенно сдавливает эпителиальные структуры органа. В самом внешнем слое стромы яичника, так называемой белочной оболочке, количество слоев коротких плотных волокон соединительной ткани заметно увеличивается, так что, хотя вначале можно различить не более трех слоев, в конечном итоге оболочка оказывается состоящей из шести-восьми слоев; в то же время внутренняя строма яичника становится чрезвычайно плотной, так что в ее веществе можно различить многочисленные четко очерченные переплетающиеся пучки волокон.

Первая регрессивная метаморфоза, которую можно наблюдать в фолликулах граафа, - это жировая дегенерация, образование сферических гранул. В то время как собственная мембрана (тека фолликулов) фолликула остается совершенно неизменной, мы наблюдаем в гранулезной мембране, в дополнение к яйцеклетке и обычным клеткам этого слоя, сферические скопления жировых капель, гранулярные сферы, которые постоянно увеличиваются в размерах, пока в конечном итоге от клеточного содержимого фолликула ничего не остается, и теперь он кажется полным гранулярных сфер и жидкости. Фолликулы теки теперь потеряли свою сферическую форму и приобрели яйцевидную форму (рис. 89).

На более поздней стадии дегенерации фолликула граафа он выглядит как везикулярное тело с расслабленной стенкой, разбитое на многочисленные складки, причем эта складчатая стенка образована тековыми фолликулами. Полость фолликула сокращается до простой щели, заполненной прозрачным веществом, а пространство между этой щелью и внутренней поверхностью текальных фолликулов занято круглыми клетками и волокнистым межклеточным веществом и пронизано сосудистой сетью. Следовательно, эта вторая стадия регрессии фолликула может быть обозначена как стадия везикулярной дегенерации (рис. 90).

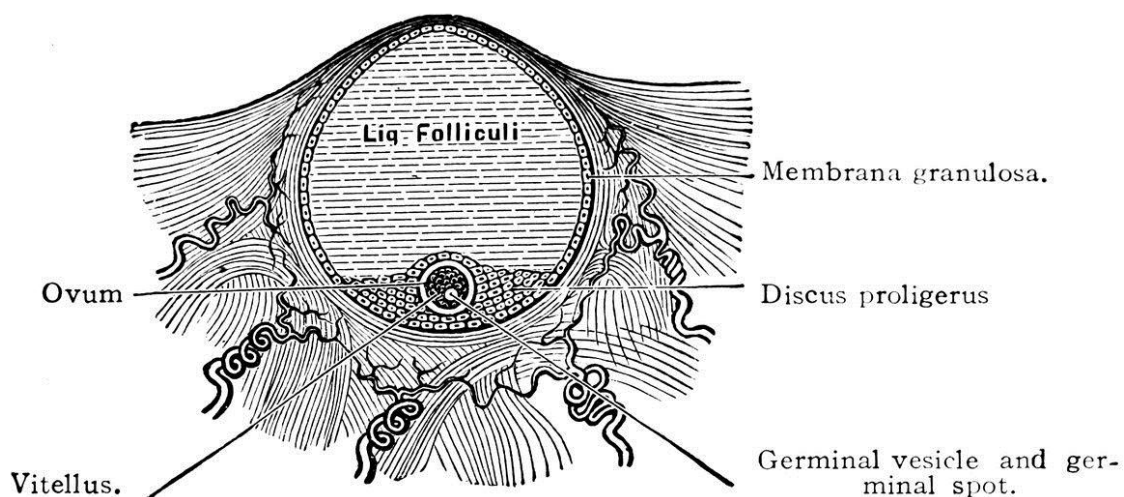


Рис. 86—Схематическое изображение Граафова фолликула.

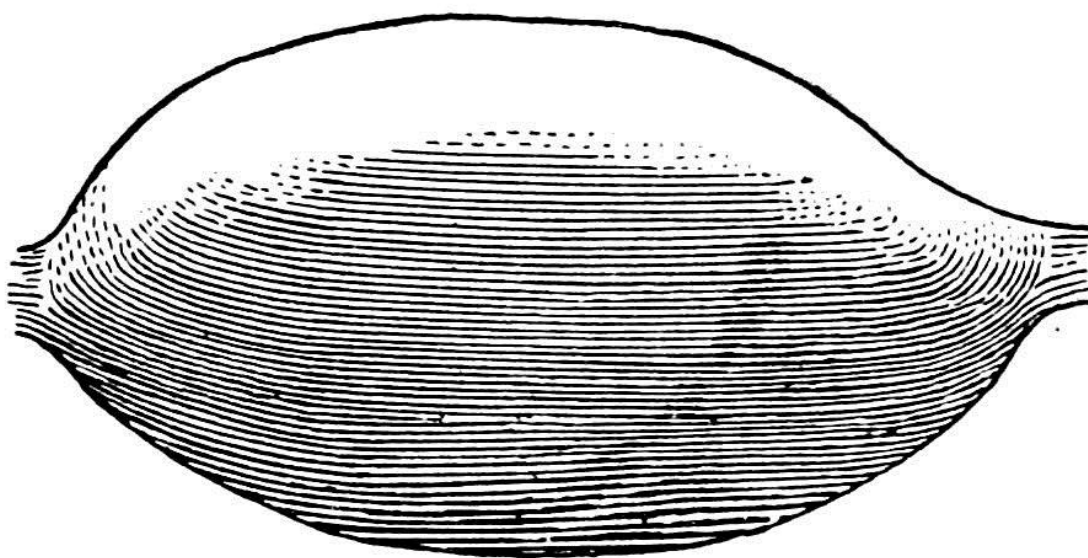


Рис. 87—Яичник девушки в возрасте 19 лет. (Нормальный размер.)

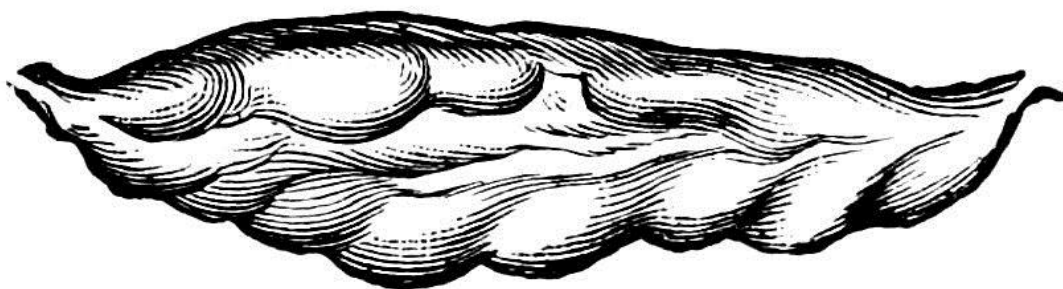


Рис. 88—Яичник женщины 72 лет. (Нормальный размер.)

На последней стадии этой регрессивной метаморфозы мы обнаруживаем, что фолликул полностью превращается в волокнистую массу. Он выглядит как удлиненное овальное тело, сильно дольчатое, соединенное с окружающей стромой толстыми нитями волокон; все еще можно различить след первоначальной полости в виде узкой щели без различного содержимого. Ткань этого органа состоит из соединительнотканых волокон с вкраплениями ядер и ядерных волокон (рис. 91).

Три стадии, которые я наблюдал в регрессии фолликула, краткий отчет о которых я дал выше, могут, я думаю, быть объяснены следующим образом: когда репродуктивная активность женщины прекращается, фолликулы граафа подвергаются регрессивной метаморфозе, жировому перерождению клеток гранулезной оболочки и яйцеклетки, пока, в конечном счете, весь зернистый эпителий не подвергнется атрофии. Теперь фолликул претерпевает везикулярную трансформацию с уменьшением его полости и образованием новой ткани, которая, по-видимому, является молодой соединительной тканью. Со временем эта новая соединительная ткань образуется во все возрастающих количествах, пока, наконец, весь фолликул не превращается в плотную волокнистую массу.

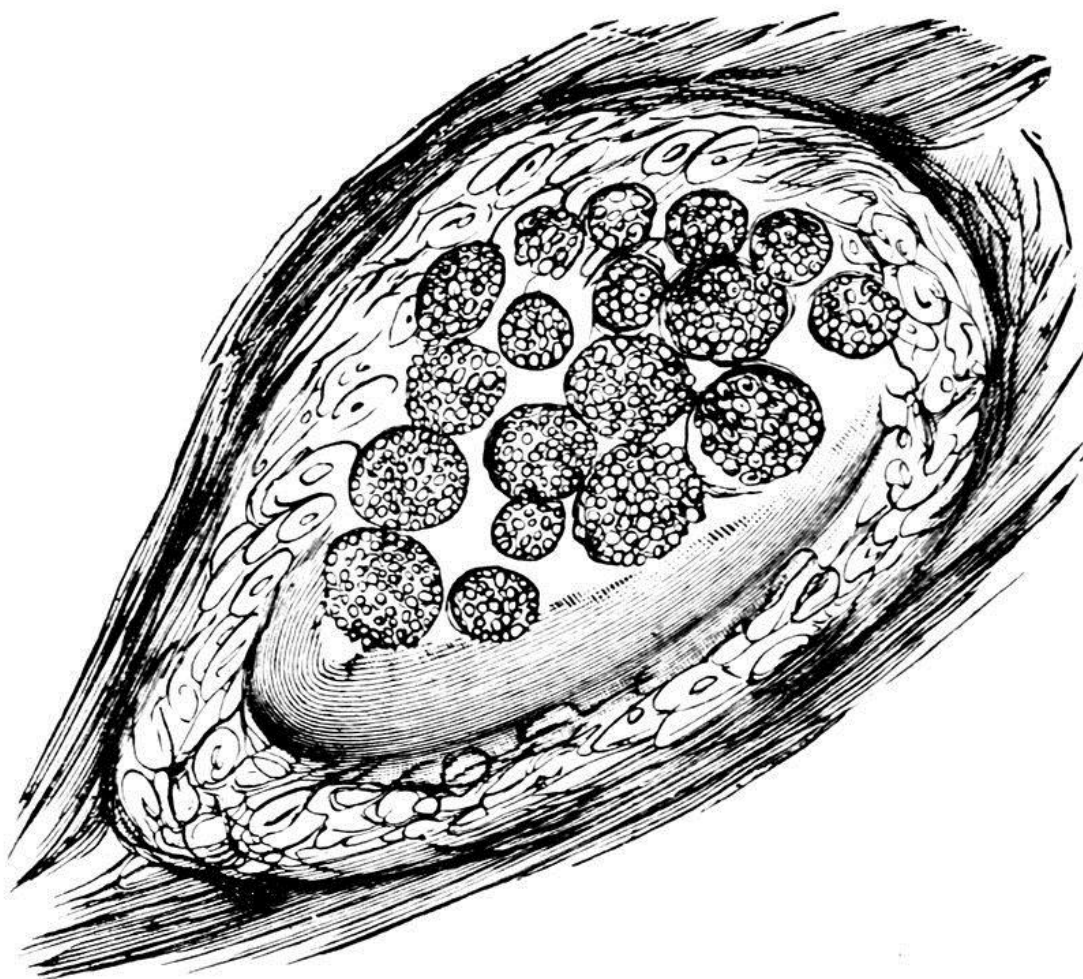


Рис. 89.

Таким образом, мы приходим к выводу, что постепенное, но значительное утолщение белочной оболочки (т. е. внешнего уплотненного слоя стромы яичников), которое, как мы видели, всегда происходит в климактерическом периоде, препятствует разрыву фолликулов по мере их созревания, и в этом мы находим объяснение нерегулярности менструаций и различных проблем, связанных с выполнением этой функции во время менопаузы. Разумно предположить, что сопротивление этой утолщенной белочной оболочки ответственно за тот факт, что интервал между разрывом следующих друг за другом фолликулов теперь превышает норму и составляет целых шесть или восемь недель — такая задержка менструации является одним из наиболее распространенных способов, с помощью которых впервые проявляется наступление менопаузы. Другое явление, связанное с наступлением менопаузы, также находит правдоподобное объяснение в только что упомянутых анатомических основаниях. Как уже указывалось, у рожениц менопауза наступает позже,

чем у нерожавших. При каждой беременности яичники участвуют в более обильном питании всех репродуктивных органов из-за общего расширения тазовых сосудов, которое сопровождает этот процесс; следовательно, яичники становятся больше, богаче лимфой и, следовательно, мягче, клеточные элементы увеличиваются в размере и, возможно, также в количестве, и легко представить, что в таких яичниках клеточные элементы способны в течение более длительного времени сопротивляться уплотнению и новообразованию соединительной ткани, которые происходят в климактерический период.

Многочисленные нервные расстройства климактерического периода, по-видимому, также зависят от гиперплазии стромы яичников, которая, как мы наблюдали, является характерным анатомическим изменением яичников в этот период жизни.

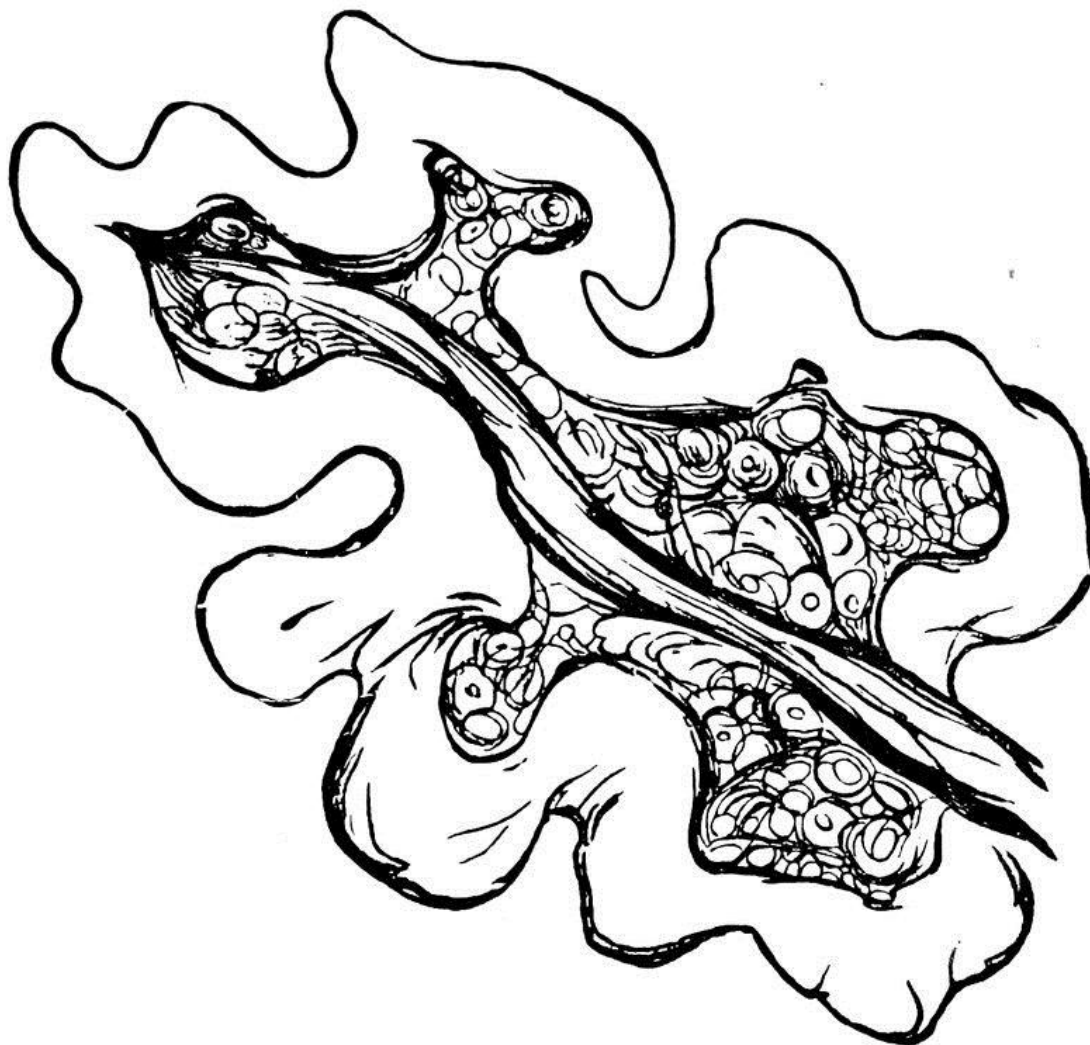


Рис. 90.

Однако с фиброзной трансформацией граафовских фолликулов связано нарушение так называемой внутренней секреции яичников, вопросу, которому в последнее время уделяется большое внимание. *Браун-Секар* особенно настаивает на том, что яичники выделяют вещество, которое попадает в кровь, вещество, которое, несмотря на то, что его присутствие не может быть доказано ни химическими, ни любыми другими известными нам способами, все же имеет большое значение для поддержания равновесия психического и физического благополучия. Предполагается, что различные глубокие нарушения общей системы, происходящие в период менопаузы^[52] зависят от прекращения этой внутренней секреции яичников — нарушений, которые достигают максимума по мере прогрессирования атрофии

яичников и которые лишь постепенно проходят по прошествии значительного промежутка времени.

После полного завершения менопаузы в яичниках, как и в других частях женских репродуктивных органов, проявляются признаки старческой дегенерации.

У пожилых женщин мы обнаруживаем, что яичники либо сморщены до формы маленьких фиброзных тяжей, либо дегенерировали с образованием кист меньшего или большего размера, строма, окружающая эти кисты, чрезвычайно твердая, плотная и огрубевшая.

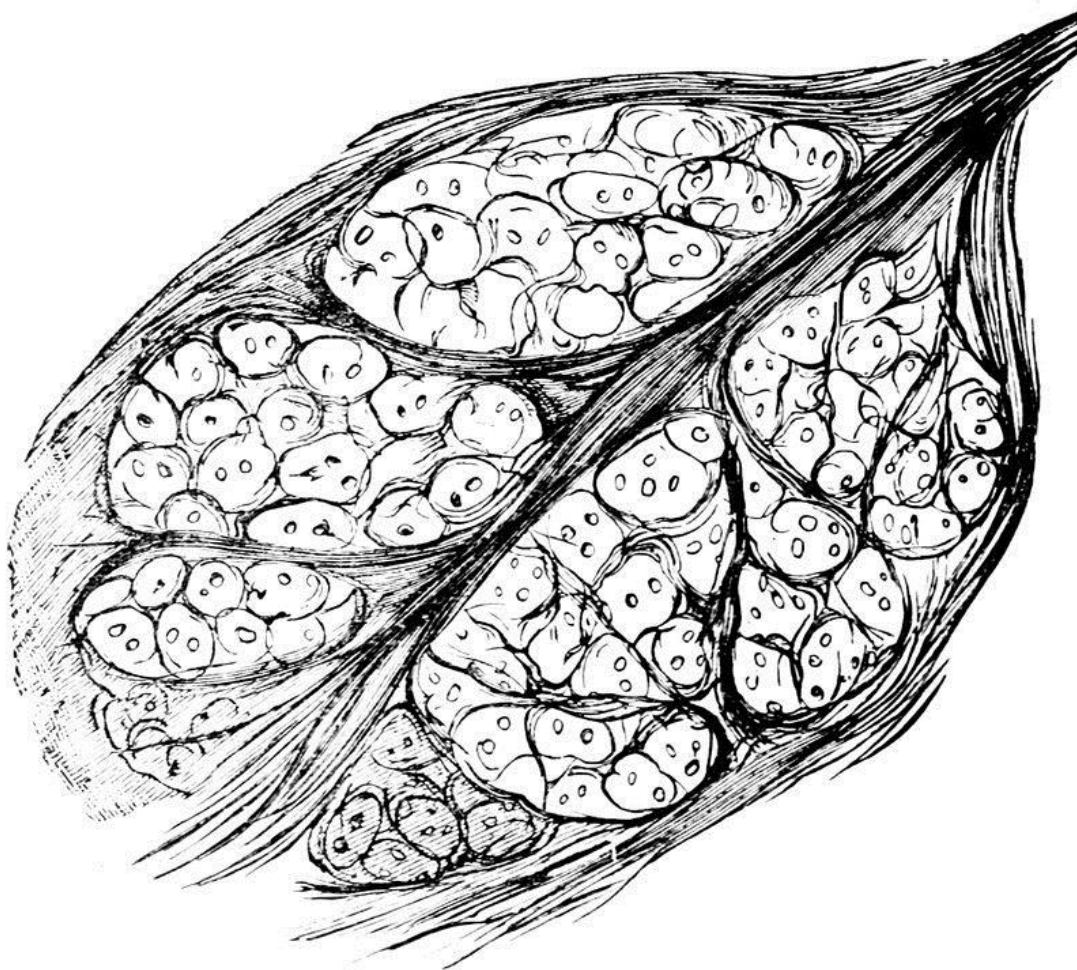


Рис. 91.



Рис. 92— Сагиттальный разрез шейки матки женщины 26 лет. Древовидные разветвленные железы.

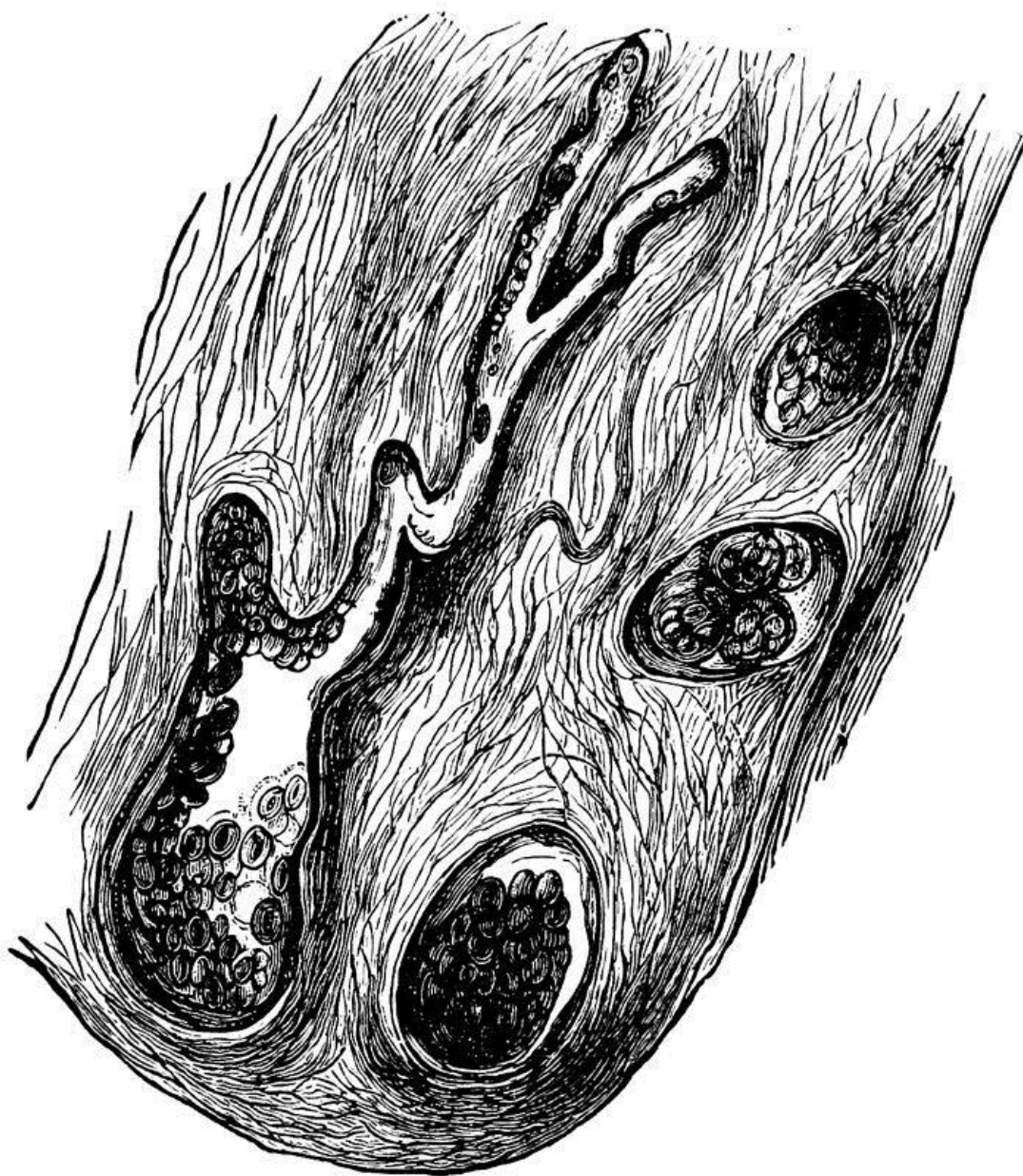


Рис. 93— Сагиттальный разрез шейки матки у женщины 65 лет. Железы, подвергшиеся кистозной дегенерации.

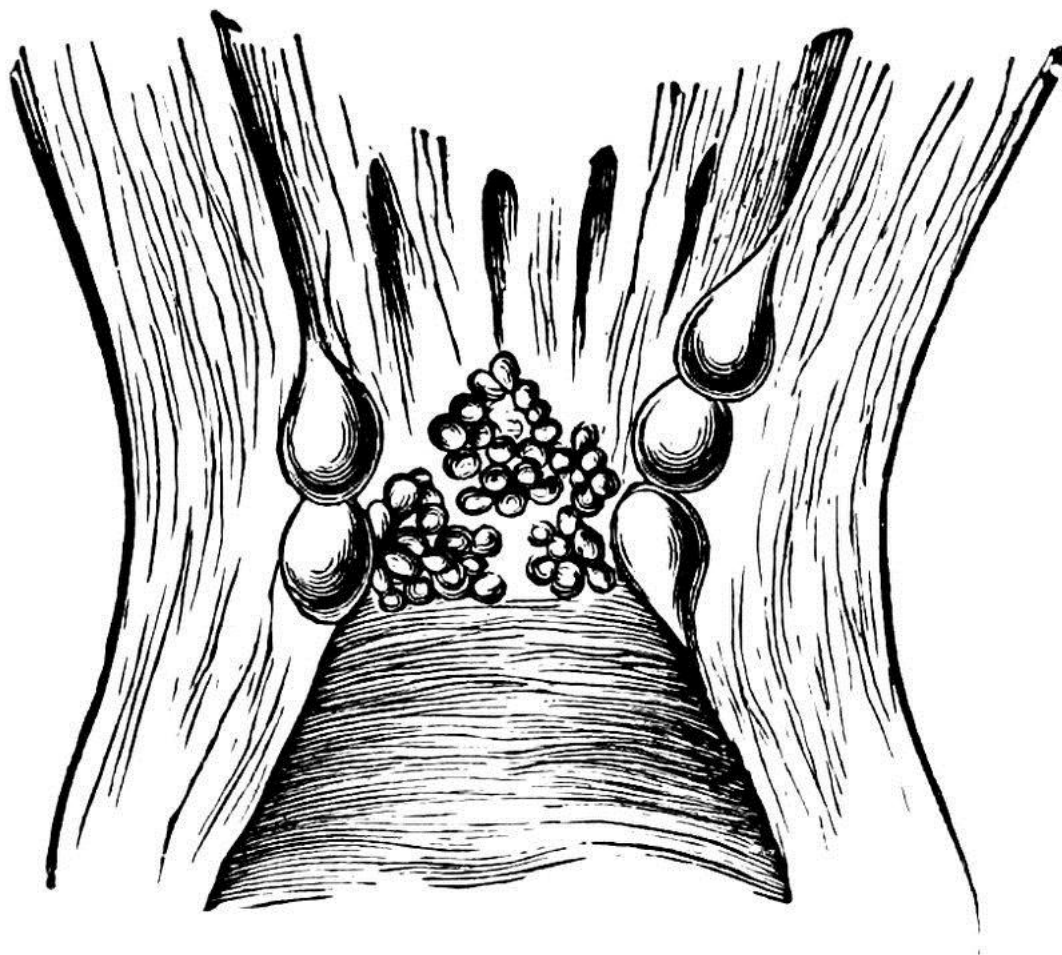


Рис. 94—Шейка матки женщины 70 лет. Железы шейки матки подверглись кистозной дегенерации.

Принимая во внимание, что в начале климактерического периода матка обычно немного увеличивается в размерах из-за уже описанного состояния пассивной гиперемии, впоследствии может наблюдаться постепенное уменьшение размеров органа. Эта атрофия начинается с влагалищного отверстия и продолжается вверх. Хотя тело все еще кажется не уменьшенным в размерах, вагинальная часть уже становится короче, тоньше и более вялой. Постепенно, однако, в атрофический процесс вовлекается весь орган. Затем матка становится меньше, чем раньше, ее стенки тоньше, полость уменьшается в размерах. Его сосудистость и чувствительность одинаково снижены. Внешняя оболочка меньше, а внутренняя оболочка иногда полностью стерта. В климактерический период наблюдается тенденция к кистозной дегенерации тубуло-кистевидных желез слизистой оболочки шейки матки (рис. 92) (рис. 93), и, следовательно, возникают кисты, которые так часто встречаются на влагалищных портах женщин в этот период жизни, кисты размером от просяного семени до горошины. В пожилом возрасте образование таких кист может рассматриваться как нормальное явление, и иногда в виде виноградных гроздей они почти полностью занимают просвет канала шейки матки. (Рис. 94, 95, 96 и 97).

Нередко эти кисты приводят к образованию полипов, увеличиваясь до тех пор, пока слизистая оболочка не выступит так далеко, что образуется ножка.

Исследуя тела 47 женщин, умерших в возрасте от 42 до 80 лет, я обнаружил у 28 ovula Nabothi в слизистой оболочке шейки матки, по большей части у наружного отверстия матки, но в

некоторых случаях также простирающиеся до внутреннего отверстия, иногда между пальчатыми складками, иногда изолированные, иногда сгруппированные.

Иногда у пожилых женщин от влагалищной части не остается и следа, и обнаруживается, что матка трансформируется в маленькое, тонкостенное, сморщенное тело, составляющее не более одной четвертой своего первоначального размера; в таких случаях, по-видимому, оправдано высказывание Граафа о том, что после менопаузы матка возвращается к размеру, который она имеет у молодой девушки. В большинстве таких случаев полость матки также сокращается (концентрическая атрофия). Однако иногда случается, что в пожилом возрасте очагом атрезии являются наружное и внутреннее зевы, в то время как промежуточная часть цервикального канала остается незатронутой. Таким образом, особенно когда канал шейки матки и полость тела матки расширены слизью или грибковыми наростами, образуется то, что известно как *двухкамерная ветулярная матка*.



Рис. 95—Набухшая яйцеклетка во влагалищном отверстии.

Во многих случаях, когда канал шейки матки был облитерирован, мы обнаруживаем, что полость матки расширена слизистым секретом (эксцентрическая атрофия). Вещество стенки матки в пожилом возрасте обычно плотное и жесткое, но иногда, в глубокой старости, менее прочное, чем раньше, сморщенное и рыхлое, пронизанное дегенерирующими артериями, и в этом состоянии оно предрасположено к кровотечениям (апоплексия матки). Такие

интрамуральные кровоизлияния обычно происходят на глазном дне; рыхлое вещество матки в этом случае приобретает черновато-красный вид, заполняется выделяющейся кровью; иногда полость матки также заполняется кровью. В целом можно сказать, что когда менопауза полностью заканчивается, когда маточная активность полностью прекращается, матка возвращается в то состояние, в котором она была до менархе — она физиологически мертва.

Трубки становятся вялыми, тоньше, короче и иногда стираются. В слизистой оболочке труб у пожилых женщин мы больше не находим никаких следов желез, описанных Хеннигом; эпителиальные клетки также потеряли свои реснички.

В климактерический период влагалище обычно расслабленное и просторное, слизистая оболочка гладкая, вводится и свободно выделяется; впоследствии, в пожилом возрасте, оно становится твердым, огрубевшим и сухим.

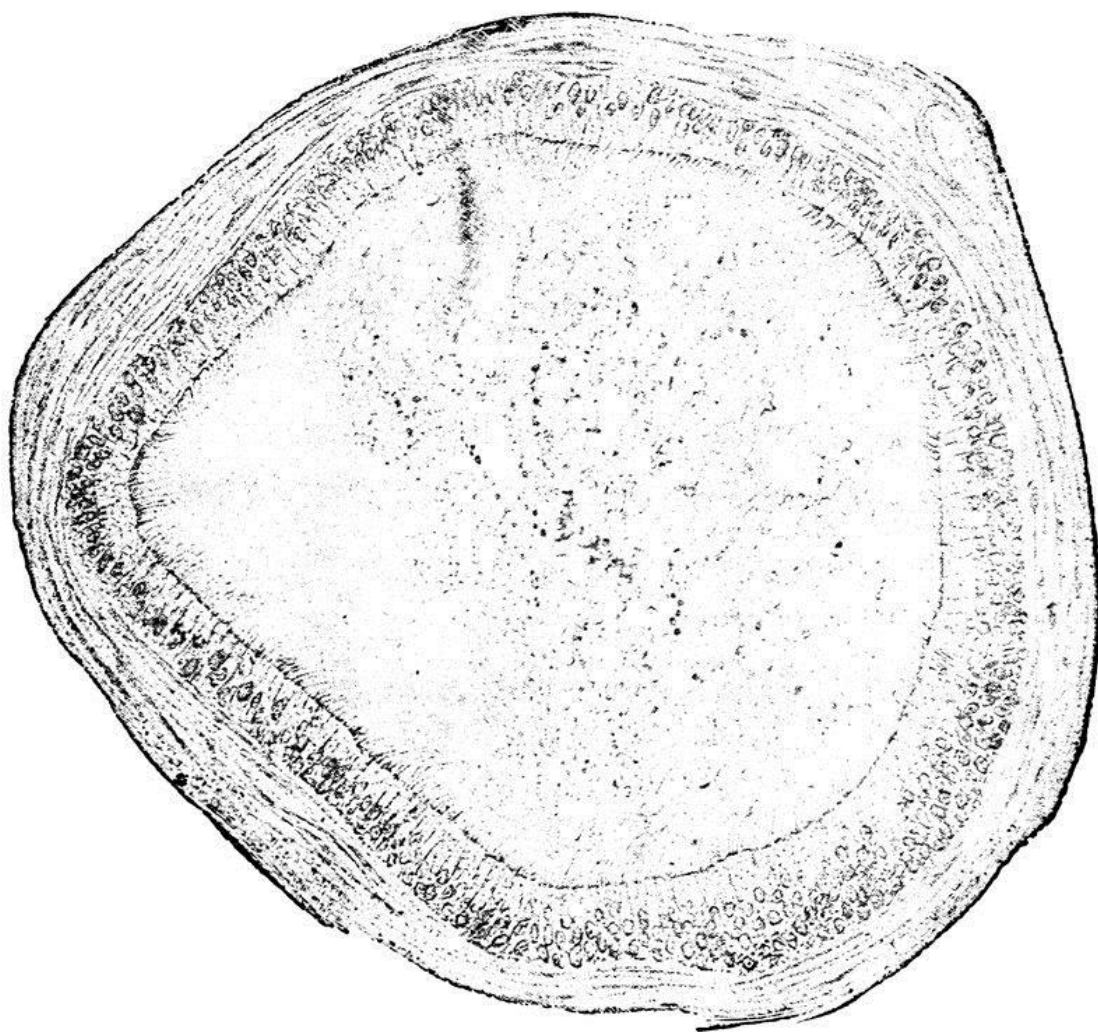


Рис. 96— Везикула (Ovula Nabothi) из слизистой оболочки матки.

Венделер обнаружил, что первоначальным климактерическим изменением в яичнике является хронический и прогрессирующий облитерирующий эндартериит; результатом этого процесса является, помимо облитерации фолликулов, постоянно усиливающаяся гиалиновая дегенерация мельчайших артерий и артериол, особенно вдоль линии перехода между кортикальным и мозговым веществом органа; эта дегенерация распространяется на окружающую соединительную ткань и, таким образом, приводит к образованию

своеобразных стекловидных полупрозрачных очагов склеротической соединительной ткани, содержащих мало клеток или их нет вообще; это так называемые *фиброзные тела* или *альбиантовые тела*. Только впоследствии образования этих телец происходит характерное сморщивание поверхности яичника с общим уменьшением органа, причем эти изменения обусловлены сокращением, которое наступает в многочисленных рассеянных очагах соединительной ткани, которые, как уже упоминалось, расположены в непосредственной близости от коры головного мозга.

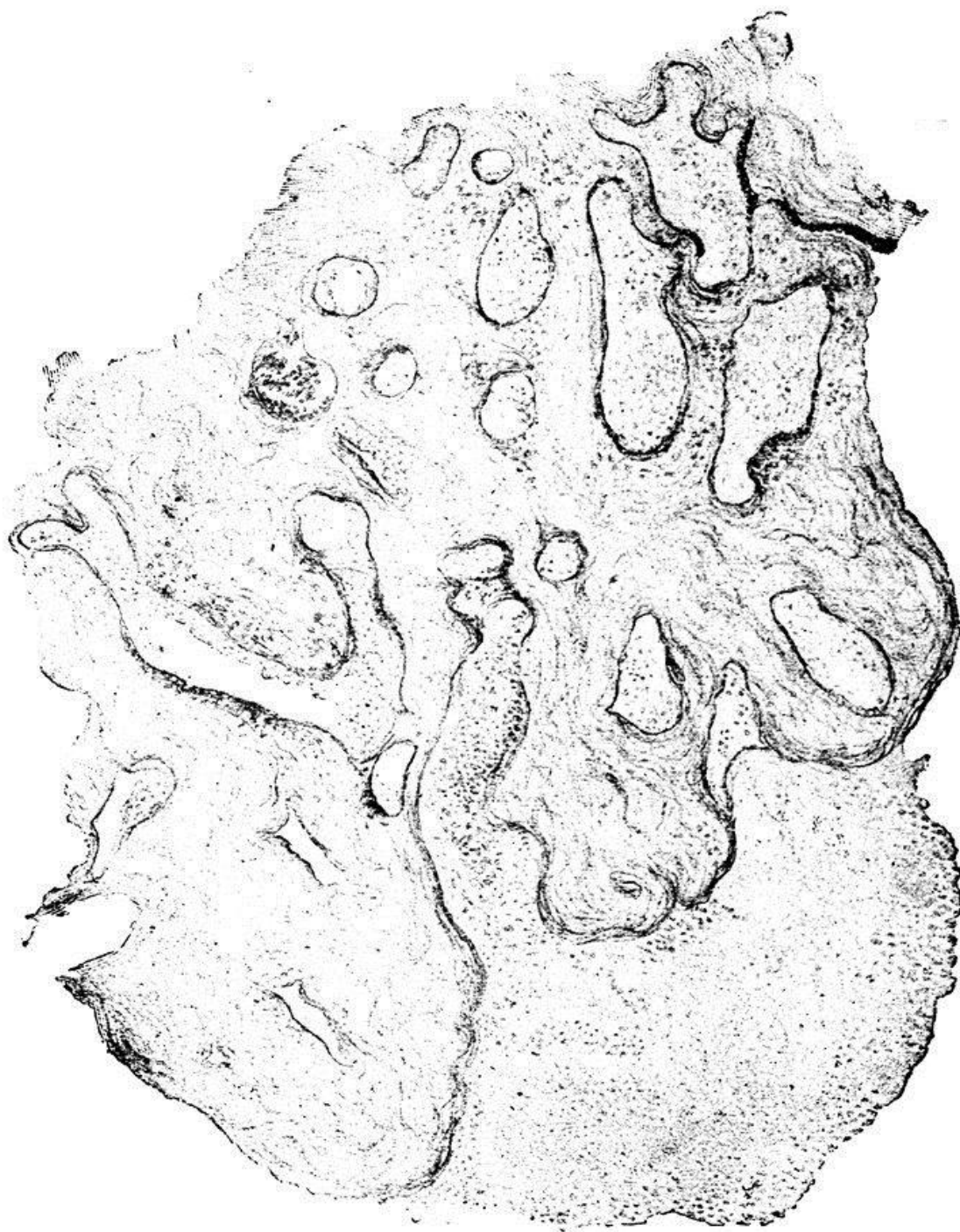


Рис. 97.— Слизистые железы, подвергающиеся кистозному перерождению.

Постепенная атрофия матки после прекращения ее половой активности приводит к уменьшению всех диаметров органа, так что у пожилых женщин она становится уплощенной,

как в детстве, все ее изгибы исчезают; мышечное вещество заменяется соединительной тканью; а влагалищный проход уменьшается и даже полностью исчезает.

Что касается бактериальной флоры половых органов пожилых женщин, *Менге и Кениг* обнаружили, что влагалище по большей части содержит бактерии, которые не размножаются при аэробном культивировании на пластинках со щелочным агаром. Однако в исключительных случаях такие бактерии обнаруживаются, и могут даже быть достаточно активными, чтобы вызвать пиогенную инфекцию. Согласно *Строгамоффу*, влагалище при любых обстоятельствах содержит большое разнообразие микроорганизмов — кокки, диплококки и палочковидные формы. Палочкообразные формы являются преобладающими типами, встречающимися в нормальных условиях у пожилых женщин, но они намного меньше, чем у женщин, которые все еще находятся в периоде репродуктивной активности. Организмы, разжижающие желатин, были обнаружены только в одном случае - при выпадении влагалища. В половине исследованных случаев не наблюдалось развития питательных сред, инокулированных из шейки матки, будь то на агаре или желатине.

Время наступления менопаузы.

Возраст, в котором начинается менопауза, варьируется в зависимости от множества условий, врожденных и приобретенных, из-за местных воздействий, которые оказывались на репродуктивные органы во время менструации, и общих обстоятельств жизни в этот период. В Северной Европе это обычно начинается где-то в возрасте от 40 до 50 лет. Согласно наиболее достоверным статистическим данным, наиболее распространенный возраст наступления менопаузы - в возрасте от 45 до 50 лет. Рядом с ними по частоте мы находим менопаузу, начинающуюся в возрасте от 40 до 45 лет. Если, однако, менопауза не наступает в течение пятого десятилетия, она с большей вероятностью наступит в течение пятилетия после 50 лет, чем в течение пятилетия, предшествующего 40-летнему возрасту; иными словами, аномально поздняя менопауза встречается чаще, чем аномально ранняя. У очень небольшой доли женщин менопауза начинается либо после 55 лет, либо до 35.

Возраст, в котором наступает менопауза.

Мои собственные наблюдения показывают, что на возраст, в котором начинается менопауза, влияют следующие обстоятельства:

1. Раса (национальность) женщины.
2. Возраст, в котором наступила менархе.
3. Сексуальная активность женщины в период менструации, количество ее беременностей, осуществление функции лактации или пренебрежение ею.
4. Социальные обстоятельства жизни женщины.
5. Общие конституциональные и патологические состояния.

1. Раса.

Из статистических данных о возрасте, в котором наступает менопауза у женщин различных стран Северной Европы, следует, что последний средний возраст прекращения менструации отмечается в Лапландии, а именно 49,4 года; далее следует Норвегия, где средний возраст составляет 48,9 года; далее следует Германия, где средний возраст составляет 47 лет; далее Англия, 46,1 года; далее Россия, 44 года; и, наконец, Австрия, 42,2 года. В четырех основных столицах средний возраст составляет: в Лондоне - 45,5 лет; в

Париже - 43,65 года; в Вене - 43 года и в Берлине - 47 лет. Вообще говоря, в южных странах прекращение менструации происходит в более раннем возрасте, чем в северных странах, как показывает следующее сравнение: северные страны: Англия (Tilt), от 48 до 50; Франция (Courty), 50; Северная Германия (Mayer), 50; Австрия (Szukits), 42; южные страны: Персия (Chardin), 27; Ява, 30; различные азиатские расы, от 30 до 40.

В случае с 500 женщинами различных национальностей, у которых я смог установить путем личного наблюдения возраст, в котором прекратились менструации, я обнаружил, что менопауза наступила:

В пятилетний период	от 35 до 40 у	48	женщин
, В пятилетний период от	40 до 45 у	141	женщины
, В пятилетний период от	45 до 50 у	177	женщин
, В пятилетний период от	50 до 55 у	89	женщин
		455	455

Таким образом, мы видим, что примерно в десятой части моих случаев менструации прекратились в возрасте от 35 до 40 лет; более чем в четвертой - в возрасте от 40 до 45 лет; более чем в трети - в возрасте от 45 до 50 лет; и примерно в одной шестой - в возрасте от 50 до 55 лет. У 267, то есть более чем у половины из 500, менструации прекратились в возрасте от 42 до 51 года. У 28 женщин менструации прекратились до 35 лет, а у 17 - после 55 лет. В очень значительном большинстве из моих 500 случаев женщины были немецкой или австро-венгерской национальности; далее, в порядке частоты, шли полячки, русские, женщины из различных южных стран, шведки. У женщин славянской национальности менструации прекращались на удивление поздно по сравнению с женщинами немецкой национальности.

Бриер де Буамон, Тилт, Корти и различные другие наблюдатели опубликовали статистические данные о возрасте, в котором прекращаются менструации у женщин разных национальностей. *Krieger*, собрав у нескольких авторов статистические данные, касающиеся 2291 женщины (европейки), дает следующие средние результаты: менструация прекратилась

В возрасте от 35 до 40 лет у	272	женщин	11,87	процента.
В возрасте от 40 до 45 лет у	595	женщин	25,97	процента.
В возрасте от 45 до 50 лет среди	940	женщин	41,03	процента.
В возрасте от 50 до 55 лет у	334	женщин	14,58	процента.
До 35 и после 55 лет у	150	женщин	6,54	процента.

Мы прилагаем статистическую таблицу, показывающую средний возраст прекращения менструации у женщин разных европейских национальностей:

	Германия.	Австро-Венгрия.	Франция (Париж).	Англия (Лондон).	Россия.	Дания.	Норвегия.	Лапландия.
Количество случаев	824	256	178	500	100	312	391	34
Средний возраст при прекращении менструации	47,0	42,2	44,0	46,1	45,9	44,8	48,9	49,4
Наблюдатель	Магар	Шукиты	Brierre de Boismont	Наклон	Ливен	Ганновер	Фэй и Фогт	.

2. Возраст, в котором наступила менархе.

До недавнего времени считалось, что чем раньше возраст, в котором впервые появились менструации, тем раньше наступит менопауза; и что, с другой стороны, чем позже возраст, в котором начались месячные, тем позже они прекратятся. *Вирей* резюмировал это мнение в высказывании: prius pubescentes prius senescunt. Такой взгляд на дело, однако, верен только в отношении влияния климата на половое развитие. В холодном климате у женщины поздно начинаются менструации и поздно прекращаются; в жарком климате преобладают противоположные условия. Но если мы проведем наше сравнение между женщинами, живущими в схожих условиях с точки зрения широты и климата, мы обнаружим, что *высказывание* Вирея далеки от точного описания фактов.

В целом, не принимая во внимание влияние климата, можно сказать, что чем раньше у женщины наступает первая менструация, тем позже наступает период ее прекращения.

Чтобы установить влияние возраста наступления менархе на исчезновение менструальной активности, я сравнил, во—первых, случаи 50 женщин, у которых менструация впервые появилась в возрасте от 12 до 16 лет, то есть случаи раннего менархе; и, во—вторых, случаи 50 женщин, у которых менструация началась в возрасте от 16 до 20 лет, то есть случаи позднего менархе. Результатом было следующее:

У 50 женщин, у которых менархе наступило рано, наступила менопауза

В возрасте от 35 до 40 лет в 5 случаях

В возрасте от 40 до 45 лет в 12 случаях

В возрасте от 45 до 50 лет в 25 случаях

В возрасте от 50 до 55 лет в 8 случаях

С другой стороны, у 50 женщин, у которых менархе наступило поздно, наступила менопауза

В возрасте от 35 до 40 лет в 9 случаях

В возрасте от 40 до 45 лет в 28 случаях

В возрасте от 45 до 50 лет в 10 случаях

В возрасте от 50 до 55 лет в 3 случаях

Таким образом, в то время как среди женщин, у которых менархе наступило поздно, было только тринадцать, у которых менструации продолжались по крайней мере до 45-летнего возраста; среди тех, у кого менархе наступило рано, число тех, у кого менструации, таким образом, продолжались до 45 лет и старше, составило 33, что почти в три раза больше.

С другой стороны, в тех случаях, когда менархе наступало в *аномально* раннем возрасте, то есть до 12 лет, менопауза также наступала на удивление рано. Менопауза также наступала очень рано у женщин, у которых менархе было крайне замедленным, до 20-летнего возраста и старше. За чрезвычайно ранним и чрезвычайно поздним менархе, как правило, следует преждевременная менопауза.

Однако из этого правила есть исключения, и мы иногда встречаемся с женщинами, чья репродуктивная энергия настолько сильна, что менархе наступает в необычно раннем возрасте, а менопауза откладывается до возраста, значительно превышающего средний. Таким образом, среди 100 женщин в *Сальпетриере*, *Рачиборски* наблюдал 29, у которых менструация началась в исключительно раннем возрасте 12 лет, и, несмотря на это, у всех наступила очень поздняя менопауза. У троих из них все еще были менструации в возрасте 57 лет, у 1 - в 56, у 2 - в 52, у 2 - в 50, у 3 - в 48, у 3 - в 45 и у 13 - в возрасте моложе 45 лет.

Бриер де Бумон сообщает о случае женщины, у которой начались менструации на 12-м году жизни; она вышла замуж, родила нескольких детей и продолжала регулярно менструировать до 60-летнего возраста.

Результаты, полученные *У. Гаем*, который исследовал серию из 250 случаев, подтверждают высказанное выше предположение о том, что чем раньше начинается менструация (исключаются крайне ранние случаи), тем позже она прекращается.

Согласно *Конштейну*, который основывает свои выводы на наблюдении за 400 случаями, у женщин, у которых менструации начинаются рано, менопауза наступает в среднем на три года позже, чем у женщин, у которых менструации начинаются поздно. *Пуеч* также утверждает, что менструация длится дольше у женщин, у которых менструация начинается рано, чем у тех, у кого менструация начинается поздно. Согласно *Сканцони*, у женщин, у которых менструации начинаются в *очень* ранней молодости, климактерический возраст обычно наступает раньше, чем у тех, у кого половое созревание наступает в нормальном возрасте — обычно в возрасте от 40 до 42 лет.

Сходство между патологическими состояниями, которые у любого конкретного индивидуума возникают в соответствующие периоды менархе и менопаузы, иногда чрезвычайно примечательно; те же самые симптомы, которые предшествовали первому появлению менструации, повторяются как предшествующие менопаузе. Это проявляется в случае определенных экзематозных состояний кожи, диспепсических проявлений, носовых кровотечений, нервных расстройств, истерических и эпилептических припадков, вазомоторных симптомов, застойных явлений, проблем с сердцем, альбуминурии и т.д. *Алиберт* указал, что определенные кожные заболевания могут проявляться только дважды в

течение жизни, один раз незадолго до начала менструации, а второй раз незадолго до прекращения менструальной активности. *Бриер де Бумон* ссылается на возникновение истерии и эпилепсии перед обеими этими важными эпохами в жизни женщины, в то время как в промежуточный период пациентка оставалась полностью свободной от подобных проблем. *Х. Марш* приводит наблюдение, что женщины, которые незадолго до наступления половой зрелости страдали от повторяющихся приступов носового кровотечения, страдали от той же проблемы в качестве преобладающего симптома климактерического периода. *tilt* наблюдал в нескольких случаях появление многочисленных фурункулов с последующей диареей и еще более частыми приступами сильного головокружения, возникающими у женщин непосредственно перед двумя критическими периодами в ее жизни, в то время как в промежуточный период не было никаких следов подобных проблем ни в связи с менструацией, ни в послеродовом периоде, ни в период лактации.

3. Сексуальная активность женщины.

Важное влияние на раннее или позднее наступление менопаузы оказывает степень реализации репродуктивных функций женщины во время менархе. Мои личные наблюдения показали мне, что у женщин с хорошим здоровьем и крепким телосложением, у которых менструации всегда были регулярными и в достаточном количестве, чьи репродуктивные органы были адекватно и должным образом задействованы, у которых было физиологическое количество половых сношений, которые родили нескольких детей и кормили этих детей грудью, прекращение менструаций обычно происходит намного позже, чем у женщин, у которых условия сексуальной жизни были противоположны только что упомянутому. Чем более регулярными были менструации и чем более нормальными были роды, тем позже наступает менопауза.

Особенно поразительным является влияние количества родов на время наступления менопаузы. У женщин, родивших несколько детей, менструация, как правило, продолжается на несколько лет позже, чем у бесплодных женщин, или у тех, у кого был только один или два ребенка. Если женщина кормит своих детей грудью, дата менопаузы, по-видимому, также откладывается. Роды на позднем сроке жизни, по-видимому, также задерживают наступление менопаузы, тогда как аборты ускоряют ее наступление. Однако, если беременность следует за беременностью с чрезвычайно короткими интервалами, менопауза, скорее всего, наступит рано; тот же результат достигается половым актом в слишком раннем возрасте. Менопауза наступает позже всего у женщин, у которых рано начались менструации, которые вышли замуж, родили более трех детей и родили своего последнего ребенка доношенным в возрасте от 38 до 42 лет.

Что касается 500 упомянутых ранее женщин, у которых я лично наблюдал за возрастом наступления менопаузы и обстоятельствами, повлиявшими на ее наступление, то влияние брака и количество родившихся детей демонстрируют следующие детали:

Из 48 женщин, у которых менопауза наступила в возрасте от 35 до 40 лет, 16 были незамужними, 6 замужними и бездетными, 18 замужних с одним или двумя детьми, 8 замужних с более чем двумя детьми.

Из 141 женщины, у которых менопауза наступила в возрасте от 40 до 45 лет, 3 были незамужними, 4 замужними и бездетными, 46 замужних с одним или двумя детьми, 88 замужних с более чем двумя детьми.

Из 177 женщин, у которых менопауза наступила в возрасте от 45 до 50 лет, 1 не была замужем, 2 были замужем и бездетны, 32 были женаты с одним или двумя детьми, 142 были замужем более чем с двумя детьми.

Из 89 женщин, у которых менопауза наступила в возрасте от 50 до 55 лет, ни одна не была замужем, ни одна не была бездетной, 19 были женаты с одним или двумя детьми, 70 были женаты с более чем двумя детьми.

Из 17 женщин, у которых менопауза наступила в возрасте старше 55 лет, только у двух было не более двух детей, в то время как у 10 было от шести до восьми детей.

О влиянии лактации свидетельствует тот факт, что у 40 женщин, которые не кормили грудью своих детей, средняя продолжительность менструальной активности была на четыре года меньше установленной средней продолжительности в 27 лет.

4. Социальные обстоятельства жизни женщины.

Условия, в которых женщина проводит свою жизнь, не остаются без влияния на время наступления менопаузы. В целом можно сказать, что у женщин из рабочих классов, средства к существованию которых так часто ненадежны, и которые склонны страдать от привычного физического переутомления, менструации прекращаются в более раннем возрасте, чем у женщин из зажиточных классов и тех, кто ведет более легкую жизнь. Но хотя климактерический период, таким образом, наступает раньше у низших классов, чем у высших, разница невелика.

Согласно *расчетам* Майера, средний возраст прекращения менструации у женщин из высшего класса составляет 47,13 года, у женщин из низшего класса - 46,97 года. Какой бы незначительной ни казалась эта разница, составляющая в среднем не более двух месяцев, не следует забывать, что у представителей высших классов менструация начинается раньше, чем у представителей низших классов, в среднем на 1,31 года. Таким образом, общая продолжительность сексуальной активности в высших классах почти на полтора года больше, чем в низших.

5. Общие конституциональные и патологические состояния.

Важное влияние на время наступления менопаузы оказывают индивидуальная и наследственная предрасположенность женщины, ее конституциональное состояние и определенные заболевания, от которых она страдала. Женщины, которые по наследству отличаются конституциональной слабостью и хрупкостью, у которых менструации всегда были бледными и скудными, у которых межменструальные интервалы были чрезмерными и которые имеют стройное телосложение, достигают климактерического возраста раньше, чем женщины с энергичным развитием тела и мощной мускулатурой, с большой грудью и у которых менструации всегда были регулярными и обильными. У женщин с большой склонностью к ожирению менструации прекращаются раньше, чем у женщин более нормальных пропорций; у блондинок раньше, чем у брюнеток; у женщин флегматического темперамента раньше, чем у женщин сангвинического и пылкого темперамента.

В целом можно сказать, что все факторы, которые оказывают ослабляющее действие на женский организм, имеют тенденцию также ускорять наступление менопаузы: это тяжелые роды, великая скорбь, изнурительные занятия, серьезные нарушения менструального цикла, быстро наступающие беременности и аборты; также ряд общих патологических состояний, которые вскоре будут рассмотрены, а также местные заболевания репродуктивных органов.

Фрич указывает, что менструации продолжаются и в более позднем возрасте по мере того, как общее питание женщины становится хорошим. Он также утверждает, что у женщин с очень большой маткой, у которых всегда были обильные менструации, у женщин с ретрофлексией, гипертрофией влагалищных порций или хроническим эндоцервицитом и эндометритом, а также у женщин с маленькими миомы, у которых не было выраженных симптомов, часто продолжаются менструации намного дольше обычного возраста.

Средняя продолжительность климактерических явлений, от их начала до окончательного прекращения менструаций, составляет около двух лет. Это среднее значение складывается из чрезвычайно широких индивидуальных вариаций; в небольшой доле случаев климактерические проявления могут длиться не более месяца или двух, в то время как на другом конце шкалы мы встречаемся со случаями, в которых продолжительность достигает 4, 6, 8 и даже 18 лет.

Однако в значительно более чем половине всех случаев продолжительность климактерических проявлений колеблется от шести месяцев до трех лет. Таким образом, в серии случаев Tilt продолжительность “изменения жизни” составляла

6 месяцев в	12,07 всех случаях
1 год в	22,64 всех случаях
2 года в	18,62 всех случаях
3 года в	9,43 всех случаях

6. Преждевременное, отсроченное и внезапное наступление менопаузы.

В исключительных случаях менопауза наступает не между сороковым и пятидесятым годами жизни, а в ненормально раннем или ненормально позднем возрасте.

Преждевременное прекращение менструальной активности на третьем или четвертом десятилетии жизни — очень редко раньше третьего десятилетия — зависит частично от нарушений обмена веществ и кроветворения, а частично от заболеваний женских репродуктивных органов; однако в некоторых случаях это может быть связано с какой-либо наследственной конституциональной особенностью; или это может произойти внезапно, вследствие какого-либо сильного потрясения нервной системы.

Среди нарушений обмена веществ, которые могут привести к преждевременной менопаузе, чрезмерное ожирение, универсальный липоматоз, занимает первое место. Следующими по значимости являются хлоранемия крови, пернициозная анемия, лейкоз селезенки, некоторые острые инфекционные заболевания — брюшной тиф, холера, скарлатина, острый суставной ревматизм, — далее туберкулез легких, сахарный диабет, базедова болезнь, болезнь Аддисона и микседема. Эти различные состояния могут привести, частично в результате инфекционных процессов, а частично вследствие общего кахектического состояния, к атрофии яичников с разрушением граафовых фолликулов и к атрофическим процессам в матке, и эти изменения приводят к преждевременному прекращению менструальной активности.

Чрезмерное ожирение оказывает ограничивающее влияние на активность яичников, проявляющееся частично, как уже упоминалось, возникновением бесплодия, но частично также, у женщин с очень большим ожирением, наступлением преждевременной менопаузы. Среди 215 случаев крайнего ожирения у женщин я обнаружил 49, в которых менопауза наступила в удивительно раннем возрасте. В этих случаях менопауза наступила в следующем возрасте:

- У 1 женщины в возрасте 17 лет
- У 14 женщин в возрасте от 20 до 25 лет
- У 11 женщин в возрасте от 25 до 30 лет
- У 9 женщин в возрасте от 30-35 лет
- У 14 женщин в возрасте от 35 до 40 лет

Ни в одном из этих случаев местное обследование репродуктивных органов не выявило наличия какого-либо заслуживающего внимания заболевания.

Из заболеваний половых органов, которые способны приводить к преждевременному прекращению менструальной активности, наиболее важными являются послеродовые инфекционные процессы и другие воспалительные состояния репродуктивных органов с их последствиями — хроническим метритом, периферическими и параметрическими выделениями, хроническим оофоритом, атрофией матки и яичников.

После инфекционных послеродовых процессов иногда случается, что происходит далеко идущее разрушение мускулатуры матки, дегенерация слизистой оболочки матки, необратимая атрофия матки, а также нагноение и атрофия яичников - состояния, которые приводят к прекращению менструальной активности. Аналогичный результат может наступить при постоянном и длительном давлении на матку и яичники в результате обильного внутрибрюшного экссудата; такая экссудация обычно возникает в послеродовой период, но иногда возникает при отсутствии беременности. Кроме того, согласно *Фройнду*, хронический атрофический параметрит может привести к неизлечимой атрофии матки из-за нарушения циркуляции крови через широкие связки и, как следствие, нарушения питания матки. Гонорейное воспаление также может привести к прекращению менструальной активности, когда оно приводит к возникновению интрамуральных воспалительных отложений в матке и к хроническим воспалительным процессам в яичниках. Опухоли матки и прилегающих тканей матки также могут вызвать преждевременную менопаузу.

Мы также сталкиваемся со случаями, когда после беременности, внешне нормальной по своему течению и завершению, наступает преждевременная менопауза. К этой категории относятся случаи, согласно *Кляйнвехтеру*, не представляющие особой редкости, когда у совершенно здоровых женщин возникает обильное маточное кровотечение во время нормальных, доношенных родов или во время выкидыша; впоследствии, хотя лежащий период проходит без дальнейших несчастных случаев или отклонений от нормы, и при отсутствии лактации у пациентки постоянно возникает аменорея. Нормальная инволюция матки переходит в гиперинволюцию, и в конечном итоге возникает полная атрофия матки и яичников. Более того, в некоторых случаях такая гиперинволюция с последующей атрофией следует за нормальными родами или абортom без возникновения какого-либо чрезмерного кровотечения.

Гораздо чаще мы обнаруживаем, что быстро сменяющие друг друга беременности с длительной нагрузкой на молочную железу у плохо питающихся, анемичных женщин приводят к преждевременной менопаузе из-за постоянной атрофии матки и яичников, которые в таких случаях так плохо снабжаются кровью. Эта “лактационатрофия” описана *Фроммелом* и *Торном* как концентрическая атрофия, поражающая в первую очередь тело матки, и за ней, если заболевание прогрессирует, следует общая атрофия мышечной, соединительной и жировой тканей параметрия, влагалища, тазового дна и, в конечном счете, яичников, приводящая, если она постоянна, к преждевременной менопаузе.

Травма половых органов также может привести к атрофии матки и преждевременной менопаузе.

Многие авторы считают, что причиной *cessatio praesox* могут быть слишком ранние браки, сексуальные излишества и проституция. В некоторых случаях, несомненно, существует наследственная предрасположенность к преждевременному климаксу, поскольку матери женщин, у которых это происходит, сами подвергались аналогичному воздействию. В замечательном случае, который я лично наблюдал, с женщиной из Смирны, имелась наследственная предрасположенность. У этой женщины начались менструации в возрасте 12 лет; менструации всегда были скудными; она вышла замуж в 15 лет; и у нее навсегда прекратились менструации в возрасте 19 лет. В других случаях мы обнаруживаем семейную тенденцию к задержке менструации при ее первом появлении до сравнительно преклонного возраста и прекращению в обычное время.

В случаях *cessatio mensium praesox* (если только прекращение менструации не было достаточно внезапным) и после того, как преждевременная менопауза полностью установилась, мы обнаруживаем в матке и яичниках анатомические изменения, аналогичные тем, которые наблюдаются после естественного климактерического периода — уменьшение размеров матки с истончением ее стенок, плотности и упругости тканей органа, малости и мягкой консистенции яичников; иногда также атрофируются молочные железы.

В случаях преждевременной менопаузы проблемы, сопровождающие изменения, обычно более серьезные и продолжительные, чем те, которые возникают при естественной менопаузе. Особенно это касается случаев, когда преждевременная менопауза наступает довольно внезапно, но это явление встречается редко. Чаще всего преждевременная менопауза наступает постепенно; месячные становятся все более скудными, пока, наконец, они совсем не прекращаются. Нарушения менструального ритма в таких случаях наблюдаются нечасто. Раннее старение является исключительным явлением у этих женщин, у которых наступает преждевременная менопауза. Истощение, поседение волос, морщинистость кожи, рост волос на лице и т.д. Обычно не связаны с атрофией репродуктивных органов; физиономия и фигура женщин с *cessatio praesox* обычно похожи на те, которые наблюдаются у женщин соответствующего возраста, у которых менструация все еще продолжается.

tilt запросил информацию о причинах прекращения полового акта в 27 случаях, получив следующие результаты:

В 3 случаях - роды и лактация. В 1 случае - аборт. В 2 случаях - падение на крестец во время менструации. В 2 случаях - прекращение менструации из-за озноба. В 1 случае - кровотечение из руки во время менструации. В 1 случае - празднование свадьбы во время менструации. В 2 случаях - сильное медикаментозное очищение. В 2 случаях - холера. В 2 случаях - ревматизм. В 2 случаях - фебрильный бронхит. В 9 случаях наблюдалась перемежающаяся лихорадка.

В 1 случае *тилт* увидел, что прекращение менструаций произошло в возрасте 29 лет вследствие метрита. У *Атли* в 15 случаях опухоли яичников менопауза наступала в возрасте 30, 39, 40 и 42 лет. У *Пуэча* в 3 случаях наступила преждевременная менопауза в возрасте 30 лет, в каждом - последствия холеры. *Блондель* сообщает о случае *cessatio praesox* после длительной галактореи, хотя женщина не кормила грудью своего младенца; *Готтшалк* и

Рокитански - о случаях после повреждения шейки матки; *Кивиш*, *Симпсон* и *Кляйнвехтер* - о случаях после нормальных родов, при которых, однако, имела место серьезная потеря крови.

Корти и *Бриер де Буамон* сообщают о случаях, в которых менопауза наступила уже в возрасте 21 года; *Майер*, 2 случая в возрасте 22 лет; *Кригер*, 1 случай в 23 года; *Бриер де Буамон*, 1 случай в 24 года; *Майер*, 2 случая в 25; *Бриер де Буамон*, 1 случай в 26 и 1 случай в 27; *Гай* и *Тилт*, каждый по 1 случаю. случай в возрасте 27 лет; *Бриер де Буамон*, *Корти* и *Ги*, по 1 случаю в возрасте 28 лет; *Бриер де Буамон*, *Корти* и *Майер*, по 1 случаю в возрасте 29 лет; *Ги* и *Тилт*, по 1 случаю в возрасте 30 лет; и *Майер*, 5 случаев в возрасте 30 лет.

Необычно поздний климактерический период, продолжение менструаций после 50 лет, не является чрезвычайно редким явлением, но наблюдается реже, чем *cessatio praesox*. Однако в этих случаях существует трудность, которую нельзя недооценивать, а именно, провести различие между настоящим менструальным кровотечением и другими маточными кровотечениями, которые распространены именно в этом возрасте жизни, из—за либо структурных изменений в матке, либо новообразований, особенно потому, что в этих менструальных кровотечениях также часто может быть обнаружена определенная периодичность. Когда при тщательном обследовании не может быть обнаружено никаких отклонений в репродуктивных органах, когда рассматриваемое кровотечение повторяется с той периодичностью и в сочетании с общими симптомами, к которым пострадавшая таким образом женщина привыкла во время своих предыдущих менструаций, и когда количество выделяемой крови не является ненормальным, допустимо заключить, что мы имеем дело с продолжением истинных менструаций, даже если у женщины прошло некоторое время после завершения пятого десятилетия ее жизни. На самом деле, у некоторых женщин репродуктивная система настолько активна, что овуляция продолжается до возраста, намного превышающего средний, и таких женщин следует считать сексуально долгоживущими.

Хотя случаи затяжных менструаций, содержащиеся в более ранней литературе по данному вопросу, вызывают подозрения, поскольку в то время не было возможности с уверенностью провести различие между менструальными и патологическими маточными кровотечениями, совсем недавно были зарегистрированы многочисленные неоспоримые случаи сохранения сексуальной жизнеспособности.

Я сам видел не менее 106 случаев, когда менопауза наступала только после 50 лет; среди них было 4 случая, когда возраст наступления менопаузы составлял 56 лет; 5 случаев, когда он составлял 57; 2 случая, когда он составлял 58; 1 случай, когда он составлял 59; и 1 случай, когда ему было 60. *В тилт* зарегистрировано 128 случаев наступления менопаузы после 50 лет; среди них было 4 случая, когда женщине было 56 лет, когда прекратилась менструация; 2 - 57; 4 - 58; 1 - 59; 1 - 60; и 2 - 61. *Корти* сообщает о случае, когда менструации продолжались и после 65 лет; *Майер* - о 3 случаях наступления менопаузы в 64 года; *Бейгель* - о 2 случаях, в одном из которых менструации продолжались до 65 лет, в другом - до 72 лет. *Кляйнвехтер* наблюдал 33 случая, в которых менструации продолжались до возраста от 50 до 57 лет. *Эммет* в 1886 году опубликовал случай с женщиной, которой тогда было 70 лет, и у которой в этом преклонном возрасте продолжали регулярно происходить менструации.

О том, что не каждый случай, когда после 50 лет возникают повторяющиеся, более или менее периодические кровотечения из половых органов, следует рассматривать как случай отсроченной менопаузы, свидетельствуют протоколы вскрытия нескольких подобных случаев. *Сканцони* сообщает о случае женщины, у которой в возрасте 60 лет наблюдались довольно регулярные периодические выделения крови из влагалища. Во время одного из

таких кровотечений она умерла от пневмонии, и вскрытие показало, что яичники были полностью атрофированы и превратились в плотную рубцовую ткань, в них не было следов желтого тела или свежих кровоизлияний, в то время как в верхней части канала шейки матки были обнаружены два слизистых полипа, каждый размером примерно с фасолину. В другом случае, у женщины 64 лет, периодические кровопотери с интервалом от трех до четырех недель продолжались до момента ее смерти. Эта женщина страдала недостаточностью митрального клапана, и было ясно, что кровотечение произошло из-за венозного набухания в результате несовершенной компенсации. Яичники были полностью атрофированы и не имели следов недавнего созревания яйцеклеток; матка была увеличена, слизистая оболочка гиперемирована, а в полости находился недавний сгусток.

Нередко кровотечения, приписываемые продолжительным менструациям, на самом деле вызваны старческим атеросклерозом - ригидностью и хрупкостью маточных артерий; в других случаях они возникают из-за варикозного расширения вен канала шейки матки. Распространенную причину таких кровотечений из половых путей в сравнительно пожилом возрасте следует искать в росте миомы матки.

К миоме матки мы должны отнести часть, хотя и далеко не все, случаев, когда менструации, по-видимому, возобновляются через несколько лет после того, как менопауза, по всей видимости, полностью установилась. Действительно, в большинстве этих случаев мы имеем дело с патологическими кровотечениями, причина которых, однако, слишком часто остается неясной. Тем не менее, безусловно, имеют место случаи, когда через два-три года или даже дольше после менопаузы какой-то неизвестный стимул приводит к регулярному возобновлению менструаций. Возможность такого возникновения, на мой взгляд, полностью доказана посмертными исследованиями тел пожилых женщин, у которых менопауза полностью установилась, и все же в яичниках обнаружены фолликулы различной степени зрелости, а также свежие желтые тела — признаки того, что овуляция может сохраняться в течение значительного времени после полного прекращения менструации. Еще одним доказательством последнего факта является хорошо известный опыт, согласно которому женщины, у которых некоторое время назад прекратились менструации, тем не менее могут забеременеть. *Вальдейер*, действительно, утверждает, что по прошествии четырех лет после менопаузы фолликулы в яичниках никогда не обнаруживаются, но этот негативный опыт не является решающим, особенно в отношении случаев, когда регулярные менструации возобновляются через некоторое время после наступления преждевременной менопаузы.

Я сам наблюдал несколько случаев, когда менопауза наступала в 35, 38, 39 и 42 года соответственно; 3, 4 или 5 лет спустя в результате водолечебницы регулярные менструации возобновились. В одном случае женщина, у которой прекратились менструации десять лет назад, родила ребенка в возрасте 45 лет.

В недавней литературе по данному вопросу сообщается о многочисленных неоспоримых случаях подобного рода. *Кригер* лично наблюдал за женщиной с крепким телосложением, у которой менструации прекратились в возрасте 48 лет, поскольку ее восьмой ребенок родился пятнадцатью годами ранее. Два года спустя нерегулярные менструации повторились, и после прекращения этих кровотечений оказалось, что состояние женщины вновь ухудшилось; она родила девочку на полном сроке. *Майер* наблюдала следующий случай: у крепкой женщины из рабочего класса 33 лет начались регулярные менструации в 13 лет; в возрасте от 17 до 28 лет она родила пятерых детей, и вдобавок у нее был один выкидыш в 19 лет. Овдовев в возрасте 29 лет, она заболела, и при осмотре было обнаружено, что матка маленькая и расслабленная, в то время как вагинальная часть шейки матки уменьшилась до простого зачатка. С тех пор как ей исполнилось 22 года, у нее были

постоянные бели, но никаких следов менструальных кровотечений; однако с тех пор у нее родилось трое детей. *Реноден* принял роды у женщины 61 года, у которой менструации прекратились 12 годами ранее. *Мейснер* сообщает о случае, когда у женщины впервые начались менструации в возрасте 20 лет, в 47 лет она родила первого ребенка и в 60 лет родила последнего из своих восьми детей.

Внезапное и постоянное прекращение менструаций, будь то в нормальном климактерическом возрасте или в более раннем возрасте, всегда является патологическим явлением. По сравнению с нормальным, постепенным исчезновением менструаций, связанным с обычными климактерическими симптомами, такое внезапное прекращение менструальной активности, к тому же, довольно редкое явление. Когда это происходит, причину следует искать в одном из различных патологических общих состояний, таких как одно из острых инфекционных заболеваний или какая-либо другая изнуряющая болезнь, или иногда в каком-либо местном заболевании репродуктивных органов; иногда, однако, это может произойти при полном здоровье в результате какого-либо мощного физического или психического стимула, такого как сильный удар или сильный испуг.

Эта внезапная менопауза наблюдалась после тяжелых родов или аборта с обильным кровотечением, или после холеры или брюшного тифа; мы должны предположить, что в таких случаях анемия половых органов нарушила функцию овуляции; в то время как в случаях, вызванных психическим потрясением, вмешательство в овуляцию должно происходить при посредничестве нервной системы. Конечно, часто в этих случаях внезапная менопауза также является преждевременной.

tilt сообщает о случае, когда внезапная менопауза наступила после кровопускания во время менструации; также о нескольких случаях, когда у женщин в возрасте от 30 до 34 или 39 лет внезапно и надолго прекратились менструации из-за горя из-за неожиданной смерти мужа; и еще об одном случае внезапной менопаузы из-за падения с лестницы. *Корти* сообщает о трех случаях внезапной менопаузы в возрасте 30 лет, наступившей в результате приступа холеры. *Дусурд* наблюдал три случая, когда у женщин в возрасте от 40 до 43 лет сильное геморроидальное кровотечение сопровождалось внезапным и постоянным прекращением менструаций. *Майер* сообщает о случае хрупкой женщины из среднего класса 34 лет, у которой начались менструации в возрасте 14 лет, вышла замуж в возрасте 20 лет, а в возрасте 21 года после нормальных родов менструации прекратились навсегда; и еще один случай 34-летней женщины из рабочего класса, у которой впервые начались менструации в возрасте 13 лет, вышла замуж в возрасте 20 лет, родила двух детей подряд и, наконец, прекратила менструации из-за испуга в возрасте 30 лет. *Кригер* сообщает о случае очень нервной женщины, у которой впервые началась менструация в возрасте тринадцати лет, и у которой в возрасте 23 лет внезапная менопауза наступила после нервного приступа; в другом случае, о котором сообщил тот же наблюдатель, внезапная менопауза наступила у хрупкой женщины 41 года из-за смерти ее мужа - у этой женщины ранее была шестимесячная аменорея из-за горя по поводу смерти одного из ее детей. О следующем примечательном случае сообщает *Бриер де Бумон*: У портнихи начались менструации в возрасте 13 лет; очень скоро после этого она вышла замуж и родила четверых детей, последнему из которых исполнился 21 год. В течение следующего года в доме случился пожар, и из-за этого испуга у нее наступила внезапная менопауза. О подобных случаях совсем недавно сообщили *Босси* и *Уолтер*.

Вредное влияние, которое внезапная менопауза оказывает на общее состояние женщины, которая ее переживает, проявляется главным образом сильными нарушениями кровообращения, гиперемией и гиперемией головного мозга, легких и органов брюшной

полости, а также состояниями возбуждения и угнетения нервной системы. О заместительных кровотечениях, которые могут возникнуть при такой внезапной менопаузе, мы уже говорили.

Вообще говоря, женщины среднего возраста, у которых весь организм привык к появлению и спаду менструальной гиперемии, переносят функциональные нарушения, вызванные внезапным и полным прекращением менструаций, гораздо легче, чем женщины, которые уже вступили в климактерический возраст или почти достигли этого возраста.

Климактерический возраст - это период, когда женщины уже предрасположены к нарушениям кровообращения в органах малого таза, и легко понять, что у них внезапное прекращение менструальных кровотечений будет иметь более серьезные последствия, чем у женщин в расцвете их сексуальной жизни, и, следовательно, наделенных большей способностью сопротивляться нарушениям нормальных функций.

Патология менопаузы.

Заболевания половых органов.

Одним из наиболее распространенных симптомов сексуальной эпохи менопаузы является меноррагия. Это происходит особенно у полнокровных женщин, у тех, кто в расцвете своей сексуальной жизни привык к обильным менструациям, и у тех, кто родил много детей или имел много выкидышей; но это наблюдается также у слабых и хрупких особ, у которых ткани половых органов стали чрезвычайно вялыми и рыхлой текстуры. Роскошный образ жизни, особенно свободное употребление алкогольных напитков, а также частые половые сношения в климактерический период, по-видимому, способствуют возникновению меноррагии в этот период.

Нередко меноррагия является первым признаком начала климактерического периода, поскольку до сих пор менструации были регулярными и не чрезмерными по количеству. Как правило, когда начинается эта климактерическая меноррагия, интервалы также становятся короче, менструальный период сокращается до трех или даже двух недель. Однако иногда более обильные менструации повторяются с более длительными интервалами - шесть недель, два месяца или даже дольше. В любом случае, возникновение в климактерическом возрасте тяжелого или нетипичного кровотечения возлагает на врача настоящую обязанность провести местное обследование половых органов; поскольку необходимо без промедления установить, является ли такое кровотечение истинным климактерическим феноменом или же оно вызвано каким—либо реальным заболеванием репродуктивных органов - новообразованием или подобным.

Если кровотечение вызвано исключительно изменением образа жизни, вагинальная часть шейки матки обычно оказывается мягкой и вялой, легко кровоточащей при незначительной травме и иногда эрозированной; обычно это связано с бели. Это расслабление и потеря упругости тканей матки во время менопаузы является причиной предрасположенности к чрезмерному кровотечению. Дополнительная причина кроется в нарушениях кровообращения в органах малого таза. Мы предполагаем, что женщины, страдающие меноррагией в этот период жизни, страдают от некоторых постоянных нарушений в области нижней полой вены, в результате чего затрудняется отток крови из вен малого таза и возникает хроническое состояние застоя в матке. Отсюда возникает растяжение сосудов

слизистой оболочки матки, и этот перелом снимается обильными кровотечениями. В этих соображениях кроется объяснение того факта, что женщины, у которых было много детей или много выкидышей, особенно склонны страдать от климактерической меноррагии; а также женщины, которые по какой-либо причине предрасположены к внутрибрюшному застою.

Другую причину климактерической меноррагии следует искать в частом возникновении в этот период прогрессирующих артериосклеротических изменений в кровеносных сосудах матки, причем заболевание в некоторых случаях ограничивается маточными артериями, а в других является частью общей артериальной дегенерации. Кровь может вытекать из разорванных склеротических капилляров слизистой оболочки; но в других случаях она выделяется вследствие пассивной гиперемии без фактического разрыва кровеносных сосудов. К таким кровотечениям из атероматозных сосудов мы должны отнести многие приступы маточных кровотечений, возникающие у пожилых женщин, которые раньше, до понимания их истинной природы, обычно рассматривались как случаи очень позднего возобновления менструации. В таких случаях при тщательном обследовании часто можно определить точный источник крови.

Согласно *Тейлхаберу*, одну из причин кровотечений, возникающих в период климакса, следует искать в атрофии мышц матки, которая имеет место в этот период жизни. За исключением периода беременности и послеродового периода, матка обычно находится в состоянии умеренного сокращения; однако в разгар менструации матка расслаблена. Затем, по мере начала сокращения мышц, менструальная гиперемия и последующее за ней кровотечение постепенно прекращаются. Когда это сокращение недостаточное, гиперемия и отек матки более продолжительны. В связи с атрофией мышц матки в период климакса обычно происходит заметное уменьшение размеров сосудов матки, так что, несмотря на уменьшение силы мышечных сокращений, предотвращается любая чрезмерная потеря крови. Но если этого уменьшения калибра сосудов не происходит, атония мышцы матки приводит к гиперемии, кровотечению и часто, вдобавок, к отеку органа с удлинением и утолщением его стенок — предклимактерической гиперплазии матки.

Среди заболеваний матки, которые во время климакса могут вызвать сильное кровотечение и могут привести к ошибочному мнению, что менструация все еще продолжается, мы должны в первую очередь упомянуть карциноматозное заболевание шейки матки и тела матки; следующими по значимости являются миома и фиброзный полип; менее частыми причинами таких кровотечений являются грибовидный эндометрит, эрозии, слизистые полипы, выпадение матки и киста яичника.

Климактерический возраст порождает предрасположенность не только к кровотечениям, но и к другим патологическим изменениям в репродуктивных органах. Мы ни в коем случае не можем согласиться с мнением *Карье* — которое давным-давно высказал также *Бриер де Буамон* - что женщины в период сексуальной менопаузы менее предрасположены ко всякого рода заболеваниям, в том числе к заболеваниям половых органов, чем женщины более молодого возраста, по той причине, что их ткани наделены меньшей жизнеспособностью и, следовательно, более устойчивы ко всем причинам болезней. Напротив, число патологических нарушений, способных повлиять на репродуктивные органы именно в этот период жизни, поразительно велико. Среди моих 500 случаев женщин в климактерическом возрасте было 440, которые жаловались на такие симптомы, при этом заболевания, от которых они страдали, были следующими в порядке частоты:

Обильные кровотечения в 286 случаях,

Хронический метрит в	79 случаях,
Бели в	327 случаях,
Смещения матки в	117 случаях,
а именно, выпадение в	65 случаях,
антефлексия и ретрофлексия в	52 случаях,
Зуд гениталий в	46 случаях,
Вагинизм в	12 случаях,
Карцинома матки, в	3 случаях,
миома матки, в	5 случаях,
Опухоль молочные железы в	8 случаях

Вряд ли мне нужно указывать на то, что у многих людей более чем одно из этих заболеваний присутствовало одновременно.

Наиболее очевидной особенностью этих статистических данных является чрезвычайная частота маточных кровотечений и белей у женщин в период климакса. Первое состояние присутствовало более чем в половине моих случаев; второе - фактически в трех четвертях.

Те же два патологических состояния были также наиболее часто регистрируемыми в *статистике Tilt*. У этого автора у 446 женщин в климактерическом периоде были обнаружены следующие заболевания репродуктивного аппарата:

Кровотечения в	138 случаях
Бели, повторяющиеся с нерегулярными интервалами в	146 случаях
Бели, повторяющиеся ежемесячно в	12 случаях
Перемежающиеся менструации в	33 случаях
Вагинит в	4 случаях
Фолликулярное воспаление вульвы в	10 случаях
Воспаление половых губ в	4 случаях
Изъязвление шейки матки в	9 случаях
Выпадение матки в	5 случаях
Полипы матки в	4 случаях
Фиброзные опухоли матки в	4 случаях
Рак матки в	4 случаях
Хронические опухоли яичников в	3 случаях
Раздражение и набухание молочных желез в	14 случаях
Млечный или студенистый секрет в молочных железах в	2 случаях
Твердая незлокачественная опухоль молочной железы в	2 случаях
Твердый шанкр молочной железы в	1 случае
Частое отложение осадка в моче в	49 случаях
Затрудненное и болезненное мочеиспускание в	9 случаях
Недержание мочи в	4 случаях
Гематурия в	2 случаях

Хронический метрит и эндометрит со значительной частотой наблюдаются в климактерическом возрасте, но, как правило, эти заболевания возникают в период половой зрелости, и только в исключительных случаях прекращение менструаций, по-видимому, является этиологической отправной точкой этих нарушений. На самом деле, это происходит только тогда, когда менопауза преждевременна или наступает довольно внезапно, будь то из-за вредных воздействий или из-за нарушения конституции. Ибо менструальный процесс вполне нормально приводит к определенной гиперемии половых органов; и если менструация внезапно прекращается, застой крови в матке становится настолько сильным, что весьма вероятно возникновение патологических изменений тканей. А когда хронический метрит возникал ранее, застойных явлений в матке в период климакса обычно бывает достаточно, чтобы воспалительный процесс вспыхнул с новой силой. Этим объясняется тот факт, что симптомы легкого метрита проявляются в самом начале климакса, проявляясь утолщением тела матки и влагалищного отверстия шейки матки, отеком и размягчением слизистой оболочки, а также обильными выделениями. У тех, кто либо после доношенных родов, либо после аборта ранее страдал хроническим метритом или эндометритом, но у кого не было никаких симптомов этих проблем в течение многих лет до наступления климакса, часто случается, что изменение образа жизни сопровождается симптомами гиперемии матки с сопутствующими бели. Однако с завершением менопаузы возникающая в результате инволюция матки оказывает благоприятное влияние на все подобные хронические воспалительные процессы в половых органах; по мере прогрессирования атрофии периодические приступы гиперемии перестают повторяться. Таким образом, случается, что женщины, которые в течение многих лет страдали от кровотечений, воспалительных заболеваний половых органов и от различных других неприятностей аналогичного характера, после полного завершения менопаузы будут чувствовать себя вполне хорошо вплоть до преклонного возраста — им кажется, что они начинают жизнь заново.

Согласно *Беннету*, характерными признаками климактерического метрита являются менее выраженные воспалительные симптомы, менее сильные боли, реже наблюдается удлинение шейки матки и менее выраженные грибковые изменения, чем при хроническом метрите у молодых женщин. Напротив, шейка матки кажется меньше, часто несколько дольчатой, она тверже, грануляций много, изъязвления редки, увеличение полости матки незначительное. *Взглядам* Беннета, однако, противостоит *Сканцони*, который утверждает, что нет заметной разницы между хроническим метритом у молодых женщин и заболеванием, возникающим у женщин в период климакса.

На самом деле, хронический метрит и эндометрит у женщин в климактерическом возрасте практически ничем не отличаются от этих заболеваний, поскольку они наблюдаются у женщин в период их полового расцвета. Мы просто отмечаем, что увеличение матки менее выражено; но утолщение и крайняя гиперемия слизистой оболочки одинаковы в обоих случаях, количество секрета увеличено, вагинальная часть шейки матки удлинена и обычно имеет эрозии, эксфолиации или язвы. Субъективные проблемы кажутся менее выраженными, чем в случае менакмеального метрита. Прогноз, как правило, более благоприятный, чем в первые годы половой жизни, поскольку, как только завершается серия произвольных процессов, когда регрессивные изменения в половых органах заканчиваются, когда наступает старческая атрофия матки и маточных наростов, быстро происходит излечение от болезней, ранее столь упорных и стойких.

Совсем недавно, много было написано на эту тему своеобразного старческого эндометрита (*Патру, Сkene, Mundé, Rüder, Шелдон, Германи* др.), И он был описан как “своеобразная форма старческого, геморрагического, лейкоцитарного гиперплазия слизистой оболочки матки” (*Готтшальк*). Согласно *Моранж и Лорейн*, это встречается у целых 7,2% пожилых женщин. Это особенно заметно у женщин, которые в более раннем возрасте страдали заболеваниями половых органов, особенно у тех, кто ранее страдал эндометритом; иногда причиной заболевания является старческий вульвит или вагинит. Смещения матки с искривлением ее канала, в результате чего вызывается задержка секрета и его разложение, были определены в качестве дополнительной причины заболевания, а также выпадения матки и, в отдельных случаях, некротической фибромы. В зависимости от степени протекания атрофии тканей, от того, частично сохраняется или полностью разрушается слизистая оболочка, а также от степени поражения сосудов матки склеротическими процессами преклонного возраста различается патологоанатомическая картина старческого эндометрита. Он может поражать только тело матки, он может распространяться также на шейку матки, влагалище и даже вульву; вверх он может переходить на маточное приложение и брюшину. Первым и наиболее важным симптомом этого старческого эндометрита является истечение, обычно прерывистое, редко непрерывное, серозно-гнойных, а иногда и кровянистых выделений с сильным зловонным запахом; возникают коликообразные боли, которые проходят, когда матка опорожняется сама; часто также наблюдаются атипичные кровотечения, которые не являются обильными. Обычно обнаруживается, что матка больше, чем можно было бы ожидать при общей атрофии в возрасте пациентки, она часто ретрофлексирована, шейка матки утолщена, устья маточного зева обычно вывернуты и необработаны. В персистирующем состоянии этот старческий эндометрит вызывает глубокие конституциональные нарушения, и его часто трудно отличить от карциномы матки.

Под названием старческого раздражения матки *Максвелл* описал заболевание, возникающее в период климакса, характеризующееся чрезвычайно повышенной раздражительностью матки с выраженными рефлекторными проявлениями; в этих случаях также, возможно, мы имеем дело со старческим эндометритом. Наиболее выраженным симптомом является сильная и постоянная боль в матке, к которой в ходе заболевания присоединяются боли в области желудка и сердца, прямой кишки и позвоночника; эти боли продолжались длительное время, и их тяжесть была такова, что в некоторых случаях возникала необходимость удаления матки.

Гидрометрия - это заболевание, которое проявляется преимущественно в конце климактерического периода, когда менструации уже полностью прекратились и когда спайки, связанные с климактерической атрофией матки, привели к атрезии канала шейки матки. Среди 74 случаев гидрометрии (по материалам Патологоанатомического института Праги, с 1868 по 1871 год) ни одной из женщин не было моложе 40 лет; распределение случаев по возрасту фактически было следующим:

Пятилетний период с 40 по 45	3 случая
Пятилетний период с 45 по 50	2 случая
Пятилетний период с 50 по 55	2 случая
Пятилетний период с 55 по 60	8 случаев
Пятилетний период с 60 по 65	18 случаев
Пятилетний период с 65 по 70	12 случаев
Пятилетний период с 70 по 75	11 случаев

Пятилетний период с 75 по 80 8 случаев

Пятилетний период с 80 по 85 4 случая

Пятилетний период с 85 по 90 6 случаев

В 40 из этих случаев окклюзия была в области внутреннего зева, в 23 - в области наружного зева, в 9 случаях была стерта вся длина цервикального канала, а в 2 были закупорены как внутреннее, так и наружное зев, при этом промежуточная часть цервикального канала оставалась открытой. В двух последних случаях была двухкамерная гидрометрия с ретрофлексией матки.

В конце климактерического периода также наблюдается гематометрия, хотя и реже, чем гидрометрия. Когда в случаях, когда наружное отверстие матки закупорено вследствие сращения стенок влагалища с влагалищной частью шейки матки, как следствие спаечного процесса при язвенном вагините у пожилых женщин, происходит кровотечение из атероматозных сосудов матки или труб, кровь обязательно расширяет полость матки.

В климактерический период бели настолько необычайно часты, как показывают приведенные ранее цифры, что оправдано предположение, что при уменьшении или прекращении менструальных выделений эта гиперсекреция из слизистых оболочек половых органов образует как бы заместительный поток. Иногда, как в 12 случаях, зарегистрированных *Tilt*, мы на самом деле имеем периодическую “менструальную бели”; в одном из этих случаев выделения повторялись с регулярными месячными интервалами в течение 12 месяцев, в другом - в течение 18 месяцев, в нескольких - в течение 2 лет, а в одном - целых 7 лет. Точный источник выделений может быть определен только при тщательном обследовании, поскольку и в период климакса, и в более раннем возрасте бели могут быть вызваны либо эндометритом, либо кольпитом. Слизисто-серозные или кровянисто-серозные выделения также могут быть вызваны легким вульвитом.

Особая форма воспаления, возникающая после завершения менопаузы и после значительного развития атрофического процесса во влагалище, известна как старческий кольпит. При этом заболевании легко возникает изъязвление с последующим рубцовым сращением между передней и задней стенками влагалища (*adhaesiva vetularum*); в других случаях возникают герпетиформные высыпания с тенденцией к образованию пустул; закупорка влагалища может привести к гидрометре и пиометре; иногда облитерация влагалища является полной, так что нет ни выхода крови из матки, ни входа полового члена во время полового акта. Этот адгезивный ветулярный вагинит ни в коем случае не является редкостью в климактерический период; как правило, он не вызывает очень серьезных проблем, наиболее заметным симптомом обычно является несколько стойкое кровотечение, не сопровождающееся каким-либо неприятным запахом. При местном осмотре прощупываются характерные нити рубцовой ткани, идущие от влагалищного отверстия к суженному, старческому своду влагалища; из канала шейки матки выделяется обычно немного стекловидной слизи, смешанной с кровью. Сама шейка матки тонкая и атрофированная, матка также значительно уменьшилась в размерах.

По словам *Дюпре*, частота таких катаральных воспалительных процессов во влагалище и вульве во время менопаузы зависит от слабости или пареза мочевого пузыря, которые так часто встречаются у женщин в этот период жизни. Из-за неполной эвакуации мочи очень быстро развивается цистит; моча непроизвольно выводится во время сна, и часть этой жидкости проходит через влагалищное отверстие, что тем более способствует возникновению кольпита, поскольку секреция атрофированной слизистой оболочки больше

не обладает нормальными кислотными бактерицидными свойствами. Согласно *Скотту*, вульвит также может возникнуть как следствие образования конкрементов в железах Бартолина, что часто встречается в пожилом возрасте, с последующим воспалением и образованием абсцессов в этих железах. Среди заболеваний половых органов в климактерический период *Фрич* также перечисляет карункул уретры и карциному клитора.

Смещения матки.—Одним из наиболее распространенных смещений матки, происходящих во время и после менопаузы, является выпадение органа. Ранее существовавшее опущение матки может значительно усиливаться в климактерический период, например, частичное выпадение, переходящее в полное; или выпадение матки может впервые проявиться в этот период жизни.

Существует несколько сопутствующих причин склонности к выпадению в этот конкретный период, особенно у женщин, родивших очень много детей, и у женщин с увеличением матки или с разрывом промежности; наиболее мощной из этих причин является ослабление опоры матки вследствие общего расслабления тканей малого таза. В период менопаузы соединительная ткань, с помощью которой матка прикрепляется к окружающим структурам, увядает; одновременно атрофируется влагалище, и этот источник поддержки ослабевает; все тазовое дно теряет свою упругость и силу опоры. По этим причинам матка, которая до сих пор находилась в правильном положении, легко становится загнутой назад и до некоторой степени выпадающей; в то время как матка, которая уже была смещена до менопаузы, теперь будет склонна опускаться еще ниже, пока не упрется в промежность. С исчезновением из вульвы и промежности жировой ткани, от которой в значительной степени зависит их упругость, теперь, вероятно, наступит полное выпадение матки. Выпадение мочеиспускательного канала также может быть результатом старческой инволюции содержимого органов малого таза.

Среди 500 моих наблюдений за женщинами в период климакса было 65 случаев более или менее тяжелого выпадения матки. Частота выпадения волос у женщин в период климакса и у лиц более преклонного возраста показана следующими цифрами, которые составлены на основе посмертной статистики Патологоанатомического института Праги (1868-1871 годы). Было обнаружено выпадение матки:

В пятилетний период от 30 до 35 у	2 женщин
В пятилетний период от 35 до 40 у	2 женщин
В пятилетний период от 40 до 45 у	6 женщин
В пятилетний период от 45 до 50 у	3 женщин
В пятилетний период от 50 до 55 у	6 женщин
В пятилетний период от 55 до 60 у	8 женщин
В пятилетний период от 60 до 65 у	6 женщин
В пятилетний период от 65 до 70 у	4 женщины
В пятилетний период пятилетие от 70 до 75 у	4 женщин
За пятилетие от 75 до 80 у	4 женщин
За пятилетие от 80 до 85 у	2 женщин

Изгибы и разновидности матки, какими бы обычными они ни были во время менопаузы, больше не имеют того значения, которым они обладали в расцвете сексуальной жизни. Ибо, с одной стороны, размер матки значительно уменьшается вследствие ослабления

кровообращения и старческой инволюции органа; а с другой, после прекращения менструации обильные кровотечения и сильные коликообразные боли, которые по большей части возникали во время менструации в этих случаях искривления маточного канала и которые вызывали такое серьезное общее нарушение, теперь больше не возникают. В этом заключается объяснение факта, хорошо известного всем опытным практикующим врачам, что женщины, которые в течение многих лет страдали от ретрофлексии матки, связанной с тяжелыми и болезненными симптомами, перестают страдать после установления менопаузы и восстанавливают отличное здоровье, хотя местное состояние матки остается неудовлетворительным.

Новообразования матки и прилегающих тканей матки.—Наиболее серьезную опасность для жизни женщины в климактерический период представляет сильная склонность к возникновению карциноматозных заболеваний матки — предрасположенность настолько выраженная, что не менее половины всех заболеваний, поражающих репродуктивные органы женщин в этом возрасте, являются случаями карциномы матки. Заболевание возникает особенно в начале климактерического периода, в возрасте от 45 до 50 лет, чаще всего в форме карциномы влагалищных порций, тогда как после завершения менопаузы преобладающей формой является карцинома тела матки. Истинная причина частоты возникновения карциномы в этот период жизни станет нам ясна только тогда, когда мы более полно познакомимся с природой и происхождением этой формы злокачественного заболевания. Между тем, по-видимому, предрасположенность к раку во время и вскоре после менопаузы зависит от анатомических изменений в репродуктивных органах во время инволюции, которые делают эти органы более подходящей почвой для распространения злокачественных новообразований; и, кроме того, вероятно, что потеря кислых, бактерицидных свойств вагинального секрета открывает дверь для проникновения патогенных микроорганизмов. Заслуживает внимания наблюдение *Бэра и Леопольда*, что очень часто преклимактерический или климактерический грибковый эндометрит формирует стадию перехода к развитию карциномы тела матки. Во время менопаузы также повышается вероятность возникновения рака яичников. Были опубликованы многочисленные статистические данные относительно частоты, с которой встречается карцинома матки в различные периоды жизни женщин, и, несмотря на все различия, четко выделяется один факт, а именно, что это заболевание чаще всего встречается в четвертом и пятом десятилетиях, и прежде всего в климактерический период.

На основе *Gusserow*'s коллекции из 526 случаев, собранных Гуссеровым, за которыми наблюдали *Леберт, Кивиш, Киари, Сканцони и Саксингер*, была составлена следующая таблица, которая очень четко показывает огромное преобладание этого заболевания в пятом десятилетии жизни женщины:

В возрасте от 20 до 30 лет было	12 случаев
В возрасте от 30 до 40 лет было	161 случай
В возрасте от 40 до 50 лет было	217 каст
В возрасте от 50 до 60 лет было	102 случая
В возрасте от 60 до 70 лет было	38 случаев
В возрасте от 70 лет и старше было	5 случаев

Из статистики смертности мы получаем аналогичный результат в отношении возрастной заболеваемости раком матки. Таким образом, в Англии за один год от этого заболевания умерло:

Женщины в возрасте от 15 до 25 лет	44
Женщины в возрасте от 25 до 35 лет	184
Женщины в возрасте от 35 до 45 лет	717
Женщин в возрасте от 45 до 55 лет	1110
Женщин в возрасте от 55 до 65 лет	1116
Женщин в возрасте от 65 до 75 лет	876

Переходя теперь к рассмотрению фибромиом матки, мы не можем разделить мнение о том, что в климактерическом возрасте существует особая предрасположенность к возникновению таких опухолей или что климакс благоприятствует росту уже существующих фибромиом. Нам представляется, что в доклимактерический период и в начале климактерического периода симптомы существующих фибромиом становятся более беспокоящими, кровотечения более сильными, боли более сильными; но по мере установления менопаузы интенсивность этих беспокоящих симптомов постепенно уменьшается, и происходит не только остановка роста опухолей, но часто и фактическое уменьшение их размеров.

Я сам неоднократно наблюдал подобные случаи, в которых у меня была возможность наблюдать рост миомы в течение десяти и более лет. Другие случаи, действительно, показывают, что миомы могут увеличиваться в размерах после менопаузы, иногда с поразительной быстротой, и, кроме того, в этот период жизни в таких опухолях может произойти злокачественное перерождение. Наблюдались карциноматозная, саркоматозная и миксоматозная дегенерация, а также трансформация миомы в мягкую фиброзно-кистозную опухоль.

Атрофия фибромиоматозных опухолей в период менопаузы, связанная с последующей атрофией матки, наблюдалась *Плейфейром* и *Дораном*. Опухоль уменьшается в размерах, ее мышечные клетки становятся меньше и подвергаются жировой дистрофии, увеличивается количество интерстициальной соединительной ткани, так что в конечном итоге фибромиома превращается в твердую и плотную фиброзную опухоль. Случаи, описанные в более ранней литературе, а также недавнее наблюдение за *Ямагирином*, показали, что иногда происходит кальцификация фибромиомы матки, что приводит к образованию так называемых “камней в матке”. В случае чистой миомы уменьшение в размерах, происходящее в период климакса, обычно обусловлено резорбцией и жировой дистрофией, тогда как в случае фибромиомы это зависит от уплотнения и атрофии. Остается неясным, влияет ли климактерический период также на рост чисто фиброзных опухолей.

Хотя влияние климактерического периода на рост фибромиомы, таким образом, обычно благоприятно для пациента, случаются исключения, как показывают случаи, зарегистрированные *Лоусоном Тейтом*, *Шерлером* и *Бернером*; последний автор указывает, что в климактерический период наблюдается тенденция к трансформации фибромиомы в саркому.

У *Кляйнвехтера* было под наблюдением 78 случаев фибромиомы матки у женщин старше 45 лет; только в 8 из них наблюдалось уменьшение размеров опухоли в период менопаузы; в 11 случаях в это время опухоль увеличивалась в размерах более или менее быстро; в 3 случаях в опухоли произошли карциноматозные изменения; в 3 случаях опухоль впервые была обнаружена во время менопаузы; в 13 случаях кровотечения, по-видимому, полностью прекратились в момент наступления менопаузы. менопауза, но на размер опухоли это не

повлияло; в остальных 48 случаях менопауза, по-видимому, не оказала никакого влияния, ни благоприятного, ни неблагоприятного, на фибромиому матки.

Случаи, о которых сообщили *Родживал*, *Симпсон* и *Гуссероу*, указывают на существование определенной предрасположенности к росту саркомы матки в климактерический период. *Гуссероу* более конкретно настаивает на том факте, что мы должны иметь в виду вероятность возникновения фибросаркомы или саркоматозной трансформации фибромиомы во всех случаях, когда фиброзная опухоль матки впервые привлекает внимание в климактерический период; или когда опухоль, до сих пор небольшая и незаметная и не доставляющая особых проблем, начинает в это время увеличиваться в размерах или вызывать неприятные симптомы.

Неврозы репродуктивных органов. Одним из наиболее распространенных неврозов репродуктивных органов в климактерический период является зуд влагалища и вульвы, и это один из самых неприятных симптомов, на которые жалуются женщины этого возраста. Расстройство зависит от гиперестезии чувствительных нервов влагалища и внешних органов размножения. Он характеризуется стойкими ощущениями зуда и жжения, которые могут быть либо периодическими (и тогда обычно ночными), либо непрерывными; временами он становится настолько сильным, что у пострадавших таким образом женщин возникает непрекращающееся желание почесаться, избегать любого общества и, в конечном счете, жизнь становится совершенно невыносимой. При более легкой степени зуда в половых органах не наблюдается никаких объективных изменений или, самое большее, незначительная гиперемия влагалищного отверстия. Однако при более тяжелых формах наблюдаются местные изменения в питании: половые губы опухшие, их поверхность имеет эритематозный оттенок, ряд волосяных фолликулов увеличен и выступает вперед; влагалищное отверстие ненормально чувствительно, оно алого или багрово-красного цвета и местами лишено эпителия, а также имеются разбросанные слизистые фолликулы, наполненные серозной или гнойной жидкостью; эти мелкие сосуды можно увидеть главным образом на внутренней поверхности малых половых губ и вокруг клитора. В то же время вульва выделяет кислую, жгучую жидкость, которая значительно увеличивает страдания пациентки и временами непреодолимо побуждает ее к практике мастурбации. В случаях длительного стояния мы обнаруживаем гипертрофию, удлинение и деформацию нимф и пигментацию этих органов с образованием варикозных вен.

Согласно *Фричу*, в исключительных случаях первопричиной зуда являются поллюции, и это может иметь место у женщин, которые не обладают сексуальной страстью. Это действительно происходит, особенно у матрон, у которых годами не было половых сношений и которые совершенно перестали думать о сексуальных материях; ночью такой женщине начинают сниться сладострастные сны, связанные со степенью сексуальной стимуляции, которая описывается как действительно болезненная. Женщина часто сильно страдает от этих похотливых ощущений. Она жалуется, что не может понять, как получилось, что на нее подействовали такие совершенно нежелательные чувства. Она впадает в глубокую депрессию. Коитус часто не приносит никакого облегчения; но многие женщины, пострадавшие таким образом, заявляют, как указывает *Фрич*, что при сильном, почти произвольном почесывании раздражитель быстро ослабляется, и что по этой причине они абсолютно вынуждены чесаться. Легко понять, что таким образом будет возникать постоянный зуд с местными эффектами расчесывания и экземой вульвы. Согласно тому же автору, в некоторых случаях зуд возникает из-за сильной недостаточности секреции, например, при атрофическом эндометрите, который он описал первым. Этот скудный секрет,

попадая на наружные половые органы, вызывает раздражение и зуд. Геморрой также играет определенную роль в этиологии кожного зуда.

Заболевания молочных желез. Симпатия, которая на ранних стадиях сексуальной жизни — во время менархе, во время беременности и в послеродовом периоде - так очевидно существует между молочными железами и маткой, проявляется также в климактерический период. В настоящее время это находит выражение главным образом в выраженной тенденции к новообразованиям в молочных железах, на что уже обращал внимание *Гален*. Наиболее распространенным из этих новообразований является карцинома молочной железы, заболевание, которое возникает в основном в климактерический период. В подавляющем большинстве случаев рак молочной железы является первичным заболеванием; однако в исключительных случаях карцинома молочной железы возникает в результате метастазирования рака матки или яичников. Иногда опухоли молочной железы предшествует болезнь Педжета соска. В течение нескольких лет пациентка страдает от того, что выглядит как хронический дерматит соска, ареолы молочной железы и окружающей кожи; но в конечном итоге, и вряд ли когда-либо до начала менопаузы, возникает карцинома молочной железы.

Более ранние статистические исследования, проведенные *Биркеттом*, *Лебертом*, *Сканцони* и *Велпо*, показали, что карцинома молочной железы чаще всего встречается в возрасте от 40 до 50 лет, а следующая по частоте - в возрасте от 50 до 60 лет.

Общая гипертрофия молочной железы, поражающая не только обволакивающую и внутридольковую жировую и соединительную ткань, но и собственно железистое вещество, очень редко наблюдается в климактерический период; но в доклимактерический период и в начале климактерического периода мы нередко наблюдаем гиперплазию жировой ткани молочной железы либо как местное проявление развивающегося общего ожирения, универсального липоматоза, либо как чисто местное избыточное отложение жира. При таких обстоятельствах молочные железы иногда могут трансформироваться в чудовищные опухоли.

Заболевания органов кровообращения.

По моему собственному опыту, среди сердечных заболеваний в период менопаузы наиболее ранними и распространенными являются следующие. Во время менопаузы, в исключительных случаях не раньше, чем после полного прекращения менструации, но обычно в начале этого периода жизни, через некоторое время, то есть в возрасте от 40 до 50 лет, либо когда менструации стали нерегулярными, межменструальный интервал стал длиннее или короче, чем это имело место до сих пор, либо когда выделения приобрели ненормальный характер, женщина, которая ранее не страдала никакими сердечными заболеваниями, начнет жаловаться на приступы сердцебиения.

В некоторых случаях приступы сердцебиения возникают при отсутствии какой-либо обнаруживаемой возбуждающей причины; в других их вызывает какой-нибудь незначительный раздражитель. Они могут возникать, когда пациент находится в любом положении: при ходьбе, стоя, сидя или полулежа; иногда даже во время сна. Субъективное ощущение, вызванное увеличением силы и частоты сердечных сокращений, описывается как крайне неприятное; оно связано с чувством тревоги (*Angst*), с ощущением давления в груди, с сильной пульсацией сонных артерий и брюшной аорты; часто также с ощущением прилива крови к голове, с кратковременным приливом жара и сильной головной болью; иногда ближе к концу приступа появляется ощущение мерцания перед глазами (как при

волеизъявлении мышц), звон в ушах, головокружение, а в редких случаях - головокружение. настоящий обморок.

Объективно, во время пароксизма можно обнаружить заметное увеличение частоты сердечных сокращений, частота пульса повышается до 120 или даже 150 в минуту. В большинстве моих случаев пульс на протяжении всего приступа оставался сильным, хорошо наполненным и регулярным. Сфигмографические снимки, сделанные во время приступов, показали удивительно высокую пульсовую волну, восходящий участок кривой поднимался быстро и внезапно, нисходящий участок опускался с соответствующей крутизной и быстротой и достиг необычно низкого уровня перед началом дикротического возвышения, которое было исключительно большим; предикротические возвышения, с другой стороны, были развиты лишь незначительно. При аускультации тоны сердца были чистыми, но громче нормы.

Иногда во время пароксизма было заметно внезапное покраснение лица, часто распространяющееся на шею и грудную клетку. В упомянутых областях внезапно появлялись ярко-красные пятна, которые постепенно исчезали через несколько минут - это явление было связано с ощущением жжения в пораженных областях. В некоторых случаях во время пароксизма наблюдалась вспышка потоотделения на голове и спине.

С этими сердечными проблемами у женщин в период климакса обычно связано состояние физического и психического беспокойства; менее распространенными ассоциациями являются неспособность к регулярной работе, беспокойный сон, сопровождающийся сновидениями, большая общая нервная раздражительность или признаки пассивного застоя в различных органах; иногда наблюдается отек нижних конечностей; в моче не содержится белка.

В большинстве случаев такого рода, которые попали под мое собственное наблюдение, было заметно определенное изобилие; среди женщин в период менопаузы учащенному сердцебиению были подвержены особенно упитанные, сильные, сангвиничные особы. Прямое исследование крови иногда показывало очень высокое содержание гемоглобина — 110, 115 или даже 120, по сравнению с содержанием гемоглобина 93 у нормальной женщины. У нескольких моих пациентов была представлена клиническая картина полнокровной формы универсального липоматоза.

Всего за десять лет я наблюдал 67 случаев пароксизмальной тахикардии у женщин в климактерическом периоде. Распределение по возрасту было следующим:

36 лет	1 женщина
38 лет	1 женщина
39 лет	2 женщины
от 40 до 45 лет	37 женщин
от 45 до 50 лет	28 женщин
Старше 50 лет	8 женщин

Пятеро пациенток не состояли в браке, трое были женаты, но бездетны, остальные 59 были роженицами.

Как правило, женщины живут в большом страхе перед любыми проявлениями телесных расстройств во время менопаузы; те, у кого возникает пароксизмальная тахикардия, чрезвычайно встревожены и считают, что им угрожает “инсульт”. Однако этот

пессимистический взгляд ни в коей мере не оправдан. Эти сердечные нарушения могут проявиться за некоторое время до менопаузы, они могут сохраняться в течение всего периода, в течение которого менструации нерегулярны, они могут даже продолжаться некоторое время после полного прекращения менструации, но серьезные последствия этой климактерической тахикардии никогда не попадали в поле моего наблюдения. Что касается лечения этого расстройства, я наблюдал очень благоприятные результаты от следующих мер: Систематическое применение легких слабительных средств в сочетании с соответствующими диетическими и гигиеническими нормами (щадящая диета, регулярные и интенсивные физические упражнения, холодные обливания и влажные компрессы на область живота).

Когда мы задаемся вопросом о причине пароксизмов тахикардии, возникающих в период менопаузы, мы должны прежде всего иметь в виду, что в случаях, которые попали под мое личное наблюдение, сердечный толчок был мощным, пульс сильным и хорошо наполненным, что тахикардические припадки сопровождалось признаками общего вазомоторного нарушения (*ardor fugax* и т.д.). Следовательно, мы приходим к выводу, что мы имеем дело со стимуляцией нервных волокон, которые, по-видимому, вызваны климактерическими изменениями, ранее описанными как возникает в женских репродуктивных органах. Эта точка зрения подтверждается тем фактом, что после офорэктомии, когда, как и при нормальном климактерическом периоде, во внутренних репродуктивных органах происходят атрофические процессы, часто наблюдаются пароксизмы нервного сердцебиения. То же объяснение применимо к тому факту, что у женщин в период климакса, страдающих этими тахикардийными расстройствами, мы часто наблюдаем связанные с ними симптомы диспепсии матки.

Но в дополнение к этим местным анатомическим изменениям в репродуктивных органах, которым должна быть отведена этиологическая роль в возникновении климактерической тахикардии, раздраженное состояние акселераторных нервов также должно частично зависеть от той общей нервной перевозбужденности, которая так часто является характерной чертой климактерического периода у женщин, проявляясь в разнообразных гиперестезиях, гиперкинезах, невралгиях и, в крайних случаях, психических отклонениях. Чувствительные нервы более раздражительны, чем в их нормальном состоянии, так что что каждый раздражитель, действующий на них, вызывает больший центральный эффект, чем раньше, и за этим следует усиление различных рефлекторных проявлений, которые кажутся совершенно непропорциональными силе возбуждающей причины; к числу этих непропорциональных рефлекторных эффектов следует отнести только что описанную тахикардию.

Но в дополнение к уже перечисленным причинам климактерической тахикардии, мы должны принять во внимание результаты недавних исследований, касающихся органотерапевтического применения химических компонентов ткани яичников; по-видимому, когда в период менопаузы яичники подвергаются атрофии, так что их внутренняя секреция больше не поступает в кровь, в результате изменение химического состава этой жидкости приводит к нарушению сосудодвигательного центра в продолговатом мозге.

В некоторых случаях пароксизмы тахикардии, по-видимому, связаны с эротическим возбуждением, которому женщины иногда подвержены в период климакса, сладострастными кризами и наступлением эякуляции; возможно, что в некоторых из этих случаев определенную роль играет мастурбация.

Вторая группа сердечных заболеваний, возникающих у женщин в период климакса, состоит из случаев, которые очень распространены, но часто не очень серьезны. Рассматриваемые случаи зависят от склонности к повышенному отложению жировой ткани в организме во время менопаузы, и в этой связи почти неизменно преобладает полнокровная форма универсального липоматоза. Хорошо известный факт, что в возрасте от 40 до 50 лет женщины имеют чрезмерную склонность к ожирению, и что даже те женщины, которые до сих пор были чрезвычайно худыми, склонны становиться довольно пухлыми в климактерический период. Главным образом вследствие этого растущего ожирения у женщин в период климакса возникает серия сердечных заболеваний очень разной интенсивности. Если отложение жира происходит очень постепенно, и если ожирение не становится чрезмерным, то только после энергичных физических упражнений, таких как быстрая ходьба или подъем по лестнице, и после еды пациента беспокоит небольшая одышка и умеренное сердцебиение; аппетит, пищеварение и сон обычно остаются неизменными в случаях такой степени тяжести. Определенные приступы сердечной астмы и четко выраженные признаки сердечной недостаточности, поражающие всю систему кровообращения, очень редко возникают у таких людей.

Интересным фактом является то, что проблемы, возникающие из-за жировых отложений вокруг сердца, в целом гораздо менее серьезны у женщин в период климакса, чем у тучных мужчин соответствующего возраста. Это может быть связано с обстоятельством, обнаруженным *В. Мюллером* в ходе его исследований пропорций человеческого сердца, что при развитии общего ожирения количество жира в перикарде пропорционально увеличивается в большей степени у мужчин, чем у женщин. Но, на мой взгляд, истинное объяснение следует искать в том факте, что вариации количества жира в организме у женщин обычно гораздо более обширны, чем у мужчин; в период полового созревания, во время беременности и в период лактации происходят обширные, хотя и постепенно происходящие изменения в количестве жировой ткани в различных частях тела, так что опыт подготовил организм к адаптации к дальнейшим изменениям, происходящим в климактерический период — прежде всего, сердце стало способно удовлетворять самые разные требования к своей мощности.

Только у женщин, которые с юности проявляют заметную склонность к ожирению и у которых в климактерическом возрасте такое ожирение становится экстремальным, сердечные проблемы, сопутствующие менопаузе, становятся очень серьезными. У таких людей при незначительной физической нагрузке возникают сердцебиение и одышка, а также часты приступы сердечной астмы. Вследствие снижения двигательной способности сердца трудности с кровообращением проявляются в наиболее широко расходящихся венозных участках; наиболее часто встречающимися формами являются варикозное расширение вен нижних конечностей, постоянное расширение определенных мелких поверхностных вен кожи, флебэктазы вен прямой кишки (т. е. “сваи”), и в конечном итоге мы видим хорошо известную серию симптомов венозного нагноения - отек стоп, пассивный застой в легких, белок в моче и т.д.

При наличии таких сердечных заболеваний объективное обследование сердца на ранней стадии не показывает серьезных отклонений; в лучшем случае сердечные тоны кажутся несколько ослабленными, с умеренным увеличением области притупления перкуторного звука, в то время как импульс смещен немного наружу и слабее нормального. Однако в некоторых случаях выраженная тупость при перкуссии над грудиной указывает на обширное отложение жира в тканях средостения. На второй стадии ожирения сердца, когда симптомы становятся более серьезными, мы обнаруживаем значительное увеличение области

сердечной тупости как по вертикали, так и по горизонтали; сердечный импульс рассеянный, а также слабый. Звуки сердца обычно чистые— но слабые - в некоторых случаях они остаются громкими и ясными. В исключительных случаях с первым звуком слышится короткое свистящее журчание; иногда этот звук повторяется.

Хотя на первой стадии пульс едва ли ненормален, на второй стадии происходят очень разнообразные изменения; часто он носит субдикротический или дикротический характер.

В подавляющем большинстве случаев, в этих случаях нарушения сердечной деятельности в период менопаузы, при условии раннего и настойчивого соблюдения подходящего диетического режима, мы можем дать обнадеживающий прогноз.

Третья, менее распространенная, но гораздо более серьезная форма сердечного расстройства, возникающая в период менопаузы, проявляет хорошо известные симптомы сердечной недостаточности. Пораженные таким образом, обычно женщины небольшого телосложения, хрупкого телосложения, которые в годы развития страдали хлорозом, которых во взрослой жизни беспокоили симптомы анемии и у которых менопауза сопровождалась очень серьезными потерями крови; иногда, опять же, это женщины, у которых на протяжении всего полового расцвета менструации были очень обильными, у которых были многочисленные и тяжелые роды или у которых были частые выкидыши — именно у тех, кто таким образом был ослаблен частыми и обильными кровотечениями, симптомы сердечной недостаточности проявляются в климактерический период. Женщины, которые таким образом страдают, также часто страдают от учащенного сердцебиения; пульс ненормально частый, небольшой, низкий и легко сжимаемый, а иногда прерывистый или аритмичный. Работа сердца слабая и лишенная энергии. Тоны сердца обычно неясны, иногда слышен систолический шум. Пациенты испытывают одышку и подвержены приступам сердечной астмы, нередко связанной со стенокардией. В сочетании с этими симптомами мы видим признаки венозного застоя: внезапные приступы холода в кистях и стопах, часто также отек стоп; иногда в моче содержится белок. Содержание гемоглобина в крови всегда заметно снижается. Мне нет необходимости подробно обсуждать хорошо известные симптомы сердечной недостаточности, и мне нужно только настаивать на том, что при появлении этих симптомов у женщин в период климакса крайне важно, как с прогностической, так и с терапевтической точки зрения, провести тщательное обследование репродуктивных органов, чтобы определить точный источник повторяющихся кровотечений, которые обычно являются основной причиной страданий пациентки.

В нескольких случаях такого рода я обнаружил, что кровотечения были вызваны расслаблением тканей матки, и что это расслабление само по себе относилось к нарушениям внутричерепного кровообращения, зависящим от обструкции нижней поллой вены, в результате чего затруднялся венозный отток из малого таза и вызывалось закупорка сосудов матки.

В некоторых случаях сердечной недостаточности в период менопаузы хроническое воспаление в малом тазу является причиной меноррагии, от которой зависит сердечная недостаточность. Часто, опять же, кровотечения связаны с вазомоторными влияниями, которые, например, могут поражать различные сосудистые зоны во время менопаузы. В других случаях повторяющееся кровотечение возникает из-за ретрофлексии матки, выпадения этого органа или опухоли, это может быть миома, полип или карцинома.

Наконец, во время менопаузы, особенно у женщин, у которых менструации продолжались до пятидесятилетнего возраста или после него, или у тех, кто родил большое количество детей или прожил жизнь, полную тяжелых физических нагрузок, могут возникнуть проблемы с

сердцем, зависящие от атеросклероза магистральных сосудов. Признаки таких изменений в стенках кровеносных сосудов четко выражены: сердечный толчок учащенный, второй звук сердца усилен; пульс полный и большой, обычно отдающий очень мощный удар в исследующий палец, в то время как его сфигмографический анализ демонстрирует характерные признаки в виде исключительной высоты и большой отчетливости первого предикротоического подъема. Субъективные проблемы в этих случаях очень серьезны; часто наблюдаются одышка и приступы астмы или головокружения, иногда в моче может быть обнаружен белок.

Таким образом, мы можем суммировать сердечные расстройства, встречающиеся в период менопаузы и более или менее напрямую зависящие от изменений, претерпеваемых женским организмом в этот период жизни:

1. Пароксизмальная тахикардия, рефлекторный невроз, обусловленный климактерическими изменениями в яичниках.
2. Нервное учащенное сердцебиение у женщин, которые подобным образом страдали во время менархе и у которых это заболевание является просто проявлением очень неустойчивой нервной системы, на которую с особой готовностью влияют импульсы, исходящие от репродуктивных органов.
3. Нарушения сердечной деятельности из-за ожирения, столь часто встречающегося как часть общих метаболических изменений в период менопаузы, но более конкретно зависящего от отложения жира по соседству с самим сердцем.
4. Симптомы сердечной недостаточности, вызванные чрезмерными потерями крови в период менопаузы, либо как чрезмерное усиление менструальных процессов в это время, либо как результат какого-либо реального заболевания органов малого таза.
5. Нарушения сердечной деятельности у женщин, у которых менопауза наступает в необычно преклонном возрасте и зависит от атеросклероза.

Особое внимание следует уделить симптому, нередко возникающему в связи с сердечными проблемами у женщин в период климакса и относящемуся к нарушениям кровообращения, характерным для этого периода жизни, а именно головокружению. В некоторых случаях приступ возникает без видимой причины, в других - при выполнении какого-либо необычного движения или принятии какой-либо особенной позы (сутулость или подобное); пациентом внезапно овладевает ощущение вращения либо его собственного тела, либо видимого и осязаемого окружения; с этим связано ощущение нарушения равновесия, мелькание перед глазами (волнообразные мышцы), шум в ушах, сердцебиение, учащение пульса, который может быть как полным, так и небольшим, покраснение или бледность. покраснение лица, похолодание рук и ног, мышечные подергивания, чувство сильного беспокойства и появление холодного пота. Головокружение возникает пароксизмами, обычно непродолжительными — от нескольких минут до четверти часа. В период климакса этим расстройством особенно подвержены полнокровные женщины.

Несколько похожее состояние описано *Tilt* под названием “псевдонаркотизм”, поскольку оно часто встречается у женщин в период климакса. *Tilt* действительно утверждает, что из 500 таких женщин он отметил его наличие не менее чем у 277.

Было выдвинуто множество гипотез для объяснения головокружения, которое так часто возникает в период менопаузы. В качестве причин предполагались как анемия, так и гиперемия головного мозга, одинаково зависящие от нерегулярности менструаций, которые,

как предполагается, оказывают рефлекторное влияние на мозговое кровообращение. Другие рассматривают головокружение как климактерический невроз, поскольку оно иногда возникает до начала нарушений менструального цикла, и в таких случаях нельзя предположить, что возникло рефлекторное нарушение мозгового кровообращения. Согласно *Матушу*, климактерическое головокружение является проявлением эпилепсии — объяснение, которое часто распространялось на все менструальные психозы. *Виндшайд* считает, что во многих случаях головокружение следует объяснять наличием атеросклеротических изменений в кровеносных сосудах, которые уже ни в коем случае не редкость в возрасте, в котором обычно наступает менопауза; в то время как в других случаях, по его мнению, головокружение следует рассматривать как один из симптомов нервного расстройства. О том, что в любом случае головокружение каким-то образом зависит от изменений, происходящих в репродуктивных органах в климактерический период, свидетельствует тот факт, что после окончательного прекращения менструальной активности пациентка, как правило, перестает страдать от этого симптома.

К нарушениям кровообращения, возникающим в результате менопаузы, мы должны также отнести *ardor fugax*, мимолетный жар, внезапные приливы крови, к которым склонны женщины в этот период жизни.

Проблемы с сердцем в период менопаузы особенно заметны у женщин, у которых прекращение менструации происходит довольно внезапно, и у тех, у кого менструальная активность прекращается в исключительно раннем возрасте. По-видимому, в таких случаях из-за продолжения периодического созревания граафовых фолликулов, связанного с гиперемией тазовых органов, при отсутствии периодического облегчения этой гиперемии, обеспечиваемого менструальными выделениями, возникает суммирование раздражителей, в результате чего ускорительные нервы сердца подвергаются очень сильному воздействию.

Таким образом, под моим присмотром находилась женщина из Смирны 36 лет. У нее начались менструации в 12 лет, и менструации всегда были скудными; она вышла замуж в 15 лет и, наконец, прекратила менструации в 19 лет; она была стерильна, и при физикальном осмотре ее репродуктивных органов не было обнаружено никаких отклонений. Каждый месяц она страдала от тяжелой пароксизмальной тахикардии с одышкой, приливом крови к голове, потливостью лица и т.д.

В другом случае, у женщины 45 лет, менструации, до сих пор регулярные, внезапно прекратились во время менструации вследствие сильного испуга. В следующем месяце кровотечение не появилось в обычное время, но вместо этого у пациента возникла тяжелая сердечная недостаточность, сопровождавшаяся внезапными ощущениями жара в области лица, учащенным сердцебиением и головокружением; эти симптомы продолжались несколько дней и с тех пор повторялись с интервалом в три-четыре недели.

Проблемы с сердцем в период менопаузы наблюдаются с особой частотой у женщин, которые страдали аналогичными нарушениями во время менархе. Опыт ясно показывает, что существует определенная связь между проявлениями, сопровождающими начало сексуальной активности, и теми, которые сопровождают снижение и угасание этой активности; и врач редко ошибется, если он будет исходить из того факта, что общее состояние здоровья серьезно пострадало или не подверглось серьезному воздействию в возрасте полового созревания, прогнозируя, что течение климактерического периода будет неблагоприятным или благоприятным соответственно. Другими словами, у женщин с нестабильной нервной системой и у женщин с наследственной предрасположенностью к возникновению сердечных заболеваний изменения, происходящие в репродуктивных

органах как во время менархе, так и во время менопаузы, вероятно, в течение этих жизненно важных фаз вызывают рефлекторные нарушения сердечных функций. Отмеченные таким образом факты аналогичны тем, которые наблюдал *Потейн*, который выделяет особую форму хлороза, возникающую у нежных особей в возрасте полового созревания и, хотя, по-видимому, излеченную во время менархе, повторяющуюся в своей примитивной тяжести во время менопаузы.

Опять же, женщины с сангвиническим и эретистическим темпераментом более склонны страдать от сердечных проблем в период менопаузы, чем женщины со спокойным темпераментом и те, кто наделен невозмутимой нервной системой.

Наконец, пожилые девственницы, женщины, много лет прожившие в целомудренном вдовстве, бесплодные женщины, женщины, вышедшие замуж незадолго до менопаузы или недавно родившие, - все они более склонны к сердечным расстройствам климактерического периода, чем женщины, сексуальная жизнь которых носила менее ненормальный характер.

В литературе по данному вопросу мы находим многочисленные ссылки на тот факт, что среди климактерических расстройств определенную роль играют нарушения кровообращения. Но полное и точное описание этих нарушений отсутствует как в литературе по гинекологии, так и в литературе, касающейся заболеваний сердца, и это справедливо даже для самых последних публикаций.

Среди поразительных индивидуальных случаев здесь можно упомянуть один, зарегистрированный *Муном*, случай тахикардии, вызванной внезапной менопаузой: “У женщины 35 лет менструации прекратились из-за озноба; частота пульса увеличилась с 80 до 200 без каких-либо видимых изменений в сердце или его клапанах; симптом продолжался несколько дней, когда менструация возобновилась, и частота пульса снова упала до нормы”.

Тилт выражает мнение, что сердце лишь в малой степени участвует в нарушениях климактерического периода, его опыт совпадает с опытом *Куэйна*. *Бернер* и *Глевеке*, напротив, описывают проблемы с сердцем у климактериков терминами, очень похожими на те, которые использую я.

А. Клеман описывает особую форму нарушения функций сердца в климактерический период, которой он дает название Кардиопатия менопаузы, и он наблюдал четыре случая. Возраст его пациенток варьировался от 46 до 50 лет. Все они были энергичными женщинами, без истерических симптомов, и они никогда не страдали ревматизмом или какими-либо функциональными нарушениями сердца. Во всех этих случаях сердечное расстройство возникло в тот период жизни, когда менструации еще продолжались, но уже стали несколько нерегулярными. Обычно проблема, о которой идет речь, впервые проявляется во время менструации или, если она возникает независимо от менструации, становится более серьезной в это время. До развития настоящих сердечных симптомов мы наблюдаем в течение некоторого времени, может быть, двух или трех месяцев, признаки общего истощения и слабости. Затем возникает приступ учащенного сердцебиения, быстро сменяющийся слабостью, чувством предсердного беспокойства и одышкой. Во время отдыха пациент обычно не испытывает каких-либо затруднений с дыханием, но сон может нарушаться пароксизмами сердцебиения и сильным предсердным беспокойством. По мере прогрессирования заболевания при малейшей физической нагрузке наблюдается одышка. В конечном счете, упомянутые симптомы - сердцебиение, предсердное беспокойство и одышка - становятся постоянными, но менее выражены, когда пациент находится в состоянии покоя. Постоянным в настоящее время является также чувство слабости и обморока, которое время от времени усиливается до настоящего обморока с полной потерей

сознания и похолоданием всей поверхности тела. Обследование сердца дает отрицательные результаты. Сердечный толчок немного сильнее нормы; сердечный ритм может быть как регулярным, так и нерегулярным, но фактического прекращения ударов не происходит. Тоны сердца чистые, шумов нет; первый звук, если он вообще изменен, будет сильнее, а не слабее обычного. Не должно наблюдаться ни набухания яремных вен, ни венозной пульсации. Наиболее ярким симптомом поражения сердца, фактически единственным положительным физическим признаком, является значительное увеличение частоты сердечных сокращений, частота пульса часто достигает 150 или 160 ударов в минуту, и вдобавок слабый и несколько изменяющийся по силе. В начале заболевания не наблюдается отеков нижних конечностей, и они появляются только после трех или четырех приступов. У всех пациентов бросается в глаза крайняя бледность лица. Выводится повышенное количество мочи. Течение заболевания характеризуется серией последовательных пароксизмов, разделенных периодами почти полной ремиссии. Сначала эти ремиссии длятся месяц или два, но постепенно они становятся все короче и короче, тогда как продолжительность приступов постоянно увеличивается, пока не достигает семи-восьми дней. На этой стадии происходит нарушение пищеварения, пропадает аппетит и снижается общая бодрость. В конечном итоге наступает выздоровление, но очень постепенно. *Клеман* относит заболевание к глубокому нарушению сердечной иннервации через симпатические нервы, но считает, что анемия является сопутствующей причиной сердечного расстройства.

Косткевич сделал наблюдения относительно влияния климактерического периода на ранее имевшиеся сердечные заболевания и, таким образом, пришел к выводу, что влияние неблагоприятное. Функциональные нарушения сердечно-сосудистого аппарата, которые обычно сопровождают менопаузу, при наличии органических заболеваний сердца легко приводят к возникновению тяжелой сердечной слабости, которая может быстро закончиться летальным исходом. У 55,5% женщин, вступающих в климактерический период с органическими заболеваниями сердца, менопауза приводит к недостаточности компенсации. Такая недостаточность компенсации особенно вероятна у женщин, страдающих клапанной недостаточностью; наименее вероятно это в случаях артериосклероза без клапанного дефекта. Симптомы дефектной компенсации — расширение сердца, учащение пульса, сердечная аритмия и т.д. — проявляются особенно во время менструальных выделений.

Заболевания органов пищеварения.

Застойные явления, которые, как мы уже указывали, составляют патологическую основу большинства климактерических расстройств, проявляются в органах брюшной полости в виде хорошо известной формы полнокровия живота, хронического венозного застоя слизистой оболочки желудка и кишечника, гиперемии печени, гиперемии слизистой оболочки мочевого пузыря, катарального воспаления мочевого пузыря, расширения геморроидальных вен и различных симптомов, зависящих от этих нескольких форм застойных явлений.

Кровотечение из геморроидальных вен и хроническая диарея - это две проблемы, возникающие из-за вышеупомянутой закупорки внутрибрюшных сосудов, которые возникают так часто в течение климактерического периода, что со времен античности их рассматривали как критические проявления менопаузы, целью которой является обеспечение альтернативного выхода менструальных выделений, которые теперь стали нерегулярными и перемежающимися. Действительно, легко понять, что выделение крови и повышенная секреция из слизистой оболочки нижней части кишечника могут, если не слишком сильно, оказывать благоприятное влияние на застойные состояния

климактерического периода, уменьшая растяжение сосудов брюшной полости — посредством местного кровопускания, которое регулирует нарушенное кровообращение. Таким образом, даже несмотря на то, что мы перестали рассматривать это как “критическое” проявление, геморроидальное кровотечение, сопровождающееся повышенной секрецией из слизистой оболочки кишечника, может в климактерический период оказывать явно благоприятное влияние на общее состояние женщины.

Гиппократ уже в своих афоризмах указывал на благотворный эффект носового кровотечения и диареи у женщин, страдающих от задержки менструаций. Другие авторы придавали решающее значение диареем, возникающим в климактерический период, и предостерегали от их подавления. Согласно *Tilt*, диарея наблюдалась у 12% всех женщин этого возраста, находившихся под его наблюдением; у 4% женщин в климактерическом периоде эта диарея повторялась с регулярными месячными интервалами, в то время как у 8% рецидивы были нерегулярными. У 500 женщин в климактерическом возрасте при *наклоне* наблюдались следующие абдоминальные расстройства:

Увеличение геморроидальных узлов в	62 случаях,
Диарея в	60 случаях,
Стойкое нарушение желчеотделения в	56 случаях,
Кровотокающий геморрой в	24 случаях,
Кишечные кровотечения в	20 случаях,
Желтуха в	6 случаях,
Рвота в	4 случаях,
Ежемесячные кишечные кровотечения в	2 случаях,
Ежемесячные кровотечения из геморроидальных узлов в	1 случае,

По моим собственным наблюдениям, запор чаще встречается у женщин в период климакса, чем диарея, причем запор также является симптомом застойных явлений в животе. Иногда, когда возникает диарея, она действительно вторична по отношению к запору. Накопление фекальных масс стимулирует слизистую оболочку кишечника и вызывает обильное водно-слизистое выделение; твердые фекальные массы затем разжижаются, стенки кишечника смазываются, и запор сменяется диареей, которая длится, возможно, несколько дней. Этим объясняются многие случаи периодического повторения диареи.

Диспепсические расстройства редко отсутствуют в климактерический период. Чаще всего мы наблюдаем нарушение аппетита, вялое пищеварение, пироз, отрыжку, иногда тошноту и рвотные позывы, а также настоящую рвоту водянистой или желчной жидкостью. Иногда после каждого приема пищи возникает ненормальное чувство голода, связанное, однако, с ощущением вздутия желудка. Очень тревожным симптомом является чрезмерное образование газов в кишечнике. Временами такой метеоризм достигает крайних пределов, и тогда он вызывает очень сильную боль в животе. Газ выводится медленно и с трудом, пациентка вынуждена расстегнуть всю свою одежду; особенно после приема пищи она вынуждена снять корсет и развязать все ленты своих нижних юбок. В то же время мы наблюдаем затрудненное дыхание и тахикардию. Такое скопление газов в брюшной полости может привести к серьезным ошибкам в диагностике, поскольку опухоль может быть связана с беременностью или опухолью брюшной полости.

Примечательным также во время менопаузы является появление рвоты либо как отдельного симптома, либо в связи с каким-либо другим хорошо известным климактерическим

расстройством. Когда эта рвота связана с какой-либо безошибочно определяемой формой чрезмерной секреторной активности (гипергидроз и т.д.), мы можем легко предположить, что рвота вызвана чрезмерной секреторной активностью со стороны слизистой оболочки желудка. Избыточная выработка желудочного сока, возможно, измененного как по качеству, так и по количеству, в сочетании с каким-либо другим нарушением иннервации желудка (гиперестезией или гиперкинезией) в достаточной степени объясняет возникновение иногда чрезмерной рвоты, хотя во многих случаях может не быть оснований предполагать, что существует какая-либо первичная стимуляция рвотного центра. В других случаях, однако, вероятно, что проблема действительно вызвана первичным нарушением этого центра; и потребуются тщательное изучение клинических особенностей случая, чтобы показать, насколько далеко могут быть связаны с этим другие нарушения иннервации желудка (Бернер).

Нарушения секреции желчевыводящих путей, желтуха большей или меньшей степени тяжести, ни в коем случае не являются редкими проявлениями гиперемии брюшной полости у женщин в период климакса, и такие нарушения также рассматривались как заместительные процессы, вызванные прекращением менструального цикла (Аран, Беннет, Хенох и другие.) Фрерихс также указал, что при прекращении менструаций в климактерический период мы нередко наблюдаем отек печени, который исчезает, когда по прошествии значительного периода менструации возобновляются — последовательность симптомов, которые могут повторяться снова и снова в течение значительного времени.

Заболевания кожи.

Наиболее характерным симптомом кожного заболевания, встречающимся в климактерический период, — симптомом, который, действительно, можно сказать, никогда не отсутствует, — является *ardor fugax*, мимолетный жар; и едва ли менее распространенным является гипергидроз, чрезмерное выделение пота. Почти неизменно в начале менопаузы женщины жалуются на ощущение жгучего жара, поднимающегося от груди к лицу; и если они находятся под наблюдением, мы время от времени наблюдаем внезапное покраснение лица, а иногда также шеи и груди, связанное с выступлением тонкой испарины. Более того, почти у всех женщин в период климакса мы замечаем повышенное выделение пота по всей поверхности тела, и временами это выделение бывает чрезвычайно обильным.

В сочетании с этими симптомами мы часто наблюдаем гиперемические процессы на коже, известные под названиями эритема и розеола, принимающие форму больших или меньших ярко-красных пятен, которые чаще всего наблюдаются по бокам шеи, передней части груди и лица.

У многих женщин в периоды менструации, когда выделения стали скудными или уже полностью прекратились, мы наблюдаем появление экзематозных высыпаний, которые по этой причине получили характерное название климактерической экземы. В большинстве этих случаев экзема не проявляется до тех пор, пока регулярные менструальные выделения полностью не прекратятся; а в менее распространенных случаях, когда выделения сохраняются после начала климактерической экземы, менструации редко бывают регулярными, но начинают проявлять изменчивость и беспорядок, характерные для периода менопаузы. Если экзема появляется после полного установления менопаузы, она обычно появляется через шесть-двенадцать месяцев после прекращения кровотечения; но в

некоторых случаях сыпь появляется очень скоро после менопаузы, в то время как в других ее начало может быть отложено на целых четыре-пять лет. Климактерическая экзема протекает упорно и не проявляет тенденции к самопроизвольному излечению. Что касается локализации высыпания, *Бон* обнаружил, что в трех четвертях случаев оно поражало волосатую кожу головы и уши; *Райер* и *Хебра* также утверждают, что экзема в период менопаузы наиболее часто наблюдается в этих двух ситуациях, в то время как следующим по распространенности местом высыпания является лицо. Что касается других частей кожи, то эта болезнь поражает только кожу конечностей, особенно кисти и пальцы, реже предплечья или тыльную сторону стоп; на туловище она никогда не появляется. Что касается типов экземы, возникающих в связи с менопаузой, мы наблюдаем почти исключительно плоскоклеточную и мокнущую формы заболевания.

В целом, в климактерический период кожа чрезвычайно чувствительна и лишена способности сопротивляться внешним вредным воздействиям. Чередование влажности и сухости или тепла и холода легко приводит к покраснению, инфильтрации и образованию чешуек и трещин на коже; иногда это происходит просто после холодного омовения. Эти острые стадии отека, покраснения и образования пузырьков на коже легко переходят в хронический и упорный дерматит.

Нередко в период климакса, как и во время менархе, возникает воспаление сальных желез, угревая сыпь, порой сопровождающаяся себорейными проявлениями. В других случаях мы видим обезображивание лица вследствие расширения сосудов, особенно на носу и прилегающих участках щек, розацеа, при этом заболевании также наблюдается сопутствующее воспаление сальных желез. Другим заболеванием кожи лица, которого женщины в этом возрасте очень боятся из-за его неприглядного внешнего вида, является развитие извилистых расширений некоторых поверхностных сосудов, иногда связанных с разрастанием соединительной ткани в виде безболезненных узелков красного или фиолетового цвета.

Чрезвычайно тревожным заболеванием, которое особенно часто поражает женщин в период перемены образа жизни, является ранее упомянутый генитальный зуд. В некоторых случаях зуд локализуется только на наружных половых органах, в то время как в других он распространяется внутрь влагалища; также он может распространяться в обратном направлении по промежности и далее в ягодичные складки. В некоторых случаях будет обнаружено, что причиной расстройства является какое-либо местное патологическое состояние: катар влагалища или шейки матки; смещения, воспаления или новообразования матки; аномалии развития яичников, мочевого пузыря или мочеиспускательного канала. *Конштейн* обращает внимание на циркулярную гиперплазию влагалищной части шейки матки, возникающую во время менопаузы и, “из-за расширения сосудов, которым она характеризуется, имеющую близкие аналогии с геморроем”; наихудшим симптомом этого поражения является зуд. То, что в этих случаях зуд на самом деле зависит от “геморроидальной гиперплазии” влагалищных порций, *Конштейн* считает доказательством тот факт, что, хотя местные аппликации дают не более чем кратковременное облегчение зуда, этот симптом полностью устраняется за счет оттока крови из шейки матки. Но в дополнение к подобным случаям, нам время от времени приходится иметь дело с пациентками, страдающими сильным генитальным зудом в климактерический период, у которых мы тщетно будем искать какие-либо местные патологические изменения, на излечение которых может быть направлено наше терапевтическое рвение. Аналогия с некоторыми другими климактерическими расстройствами приводит нас к выводу, что в этих случаях мы также имеем дело с идиопатическим неврозом (*Бернер*).

Частое повторение зуда вульвы приводит в конечном итоге к образованию узелков и папулезных высыпаний.

Многие авторы утверждают, что они наблюдали частое возникновение рожистого воспаления в климактерический период; другие утверждают, что фурункулез, пруриго, крапивница и опоясывающий герпес наблюдаются особенно часто в этот период жизни.

Тилтв в своих 500 наблюдениях за женщинами в климактерическом возрасте сделал следующие наблюдения:

201, или 40,2%, страдали от высокой температуры и склонности к потоотделению.

2, или 0,4%, страдали от ежемесячного повторения периодов потоотделения.

84, или 16,8%, страдали от обильного потоотделения.

13, или 2,6%, страдали от холодного пота.

14, или 2,8%, пострадали от сухого прилива.

У 186, или 37,2%, не было таких приступов жара или потоотделения.

Кригер приводит в качестве примера “возникновения новых неприятностей” при смене образа жизни фурункулез; то же самое делает и *Бернер*. “Изменение цвета лица, происходящее обычно в связи с беременностью или заболеваниями репродуктивных органов и известное как хлоазма матки”, было замечено *Конштейном* во время климактерического периода, “главным образом в случаях, когда из-за некоторой недостаточности общего питания кожа собирается в складки”. *Уилсон* считал пруриго и экзему наиболее распространенными кожными заболеваниями климактерического периода; в то время как *Бернер* обращает внимание на связь между климактерическими состояниями и вспышкой опоясывающего герпеса.

Нарушения обмена веществ.

Среди нарушений обмена веществ, которым женщины особенно подвержены в климактерический период, мы должны в первую очередь упомянуть ожирение (универсальный липоматоз) и подагру (мочевой артрит).

Многочисленные наблюдения показали нам, что период смены образа жизни, период между 40 и 50 годами, у женщин особенно благоприятен для обширного отложения жира в тканях.

В 200 случаях выраженного ожирения (универсального липоматоза) у женщин, в которых я провел опрос относительно возраста, в котором впервые было замечено чрезмерное отложение жира в тканях, я получил следующие результаты:

В раннем детстве в	19 случаях
В возрасте от 15 до 20 лет в	30 случаях
в возрасте от 20 до 30 лет в	45 случаях
В возрасте от 30 до 40 лет в	52 случаях
В возрасте от 40 до 50 лет в	54 случаях
В возрасте старше 50 лет	0 случаев

Из этих цифр мы узнаем, что наибольшая тенденция к накоплению жира у женщин наблюдается в возрасте от 40 до 50 лет; но во многих случаях это накопление может начаться

уже в возрасте от 30 до 40 лет. Говоря в целом, у женщин существует очевидная связь между развитием ожирения и состоянием репродуктивных функций, поскольку в период полового созревания, в послеродовой период и, прежде всего, в климактерический период наблюдается особая тенденция к накоплению жира в подкожных тканях. В начале менопаузы, отложение жира особенно заметно на брюшной стенке, груди и ягодицах. В брюшной полости из-за утолщения подкожных тканей и больших складок брюшины, особенно большого сальника, происходит заметное выпячивание, в то время как пупок становится более глубоким и в конечном итоге приобретает воронкообразную форму. В некоторых случаях отложение жира вокруг пупка способствует возникновению пупочной грыжи. После искусственной менопаузы, вызванной офорэктомией, также было замечено, что в 42-52% случаев произошло заметное общее отложение жира, особенно в области груди и ягодиц.

Это ожирение у женщин в климактерическом периоде не только серьезно ухудшает их внешность, но и влечет за собой ряд неприятностей и приводит к разнообразным болезненным проявлениям, в том числе к изменениям в сердце, которые могут легко угрожать жизни пациентки. Вследствие обширных жировых отложений в миокарде, связанных с фактической жировой дегенерацией мышечных волокон, возникает сердечная недостаточность со всеми ее печальными последствиями. Далее необходимо настаивать на том факте, что ожирение в период климакса определенно способствует возникновению меноррагии.

При обследовании 282 женщин через 5 лет после полного прекращения менструальных выделений *Tilt* обнаружил, что

- 121 стал толще, чем раньше,
- 71 в этом отношении не изменился, а
- 90 стали тоньше, чем раньше.

Как в третьей, так и в первой группе было очень много женщин, у которых перемена в жизни повлекла за собой много болезней и страданий; но в первой группе женщины, пострадавшие таким образом, к тому времени похудели, и только во второй половине климактерического периода, когда их проблемы стали менее серьезными, появилось состояние эмбонпоинта.

Переходя теперь к рассмотрению мочевого артрита у женщин в период климакса, стоит упомянуть, что *Гиппократ* был настолько поражен этой ассоциацией, что зашел так далеко, что отрицал, что подагра вообще возникала у женщин до менопаузы. Дело в том, что, хотя женщины в целом менее предрасположены, чем мужчины, к возникновению подагры, склонность женщин к этому заболеванию в климактерический период настолько выражена, что в этот период жизни заболевание гораздо чаще встречается у женщин, чем у мужчин соответствующего возраста.

Именно у тучных женщин с мягким, белым и дряблым кожным покровом, с бледным, несколько одутловатым лицом, плохо развитой мышечной системой, обширным варикозным расширением вен на ногах, выраженными диспептическими расстройствами и постоянными запорами в предклимактерический и климактерический периоды подагра особенно склонна проявляться. Затем он характеризуется следующими симптомами. Время от времени женщина страдает от разрывающих или стреляющих болей в суставах, которые поначалу длятся лишь короткое время и возвращаются через более длительные или более короткие промежутки времени. При частом возобновлении болей пораженные суставы становятся

опухшими; и, наконец, пациент страдает от характерных приступов острого подагрического артрита с хорошо известными последовательными симптомами этого поражения.

Согласно наблюдениям *Geist*, в климактерический период 28 женщин страдают подагрой по сравнению с 4 мужчинами соответствующего возраста. *tilt* публикует следующие цифры, показывающие смертность женщин от подагры в Англии:

В возрасте от 20 до 30 лет 56 женщин

В возрасте от 30 до 40 лет 121 женщина

В возрасте от 40 до 50 лет 291 женщина

В возрасте от 50 до 60 лет 152 женщины

В возрасте от 60 до 70 лет 104 женщины

Что касается сахарного диабета во время менопаузы, *Лоусон Тейт*, который утверждал, что существует особая форма климактерического диабета, утверждал, что это нарушение обмена веществ менее тяжелое и протекает более длительно в климактерический период, чем в другие периоды жизни.

Заболевания нервной системы.

Нарушения нервной системы, возникающие в климактерический период, проявляются главным образом в виде гиперестезии и гиперкинезов. Чувствительные нервы кажутся мне по большей части более раздражительными, чем обычно, поскольку каждый стимул, которым они подвергаются, вызывает сравнительно более сильное ощущение и вызывает чрезмерную реакцию в сфере сознания. Кожная гиперестезия у женщин в период климакса проявляется самыми разными способами, наиболее распространенным из которых является аномалия чувствительности, которая вызывает симптом, известный как зуд, характеризующийся приступами зуда на более или менее обширных участках кожи с последовательными изменениями питания в пораженных участках кожного покрова. Самой распространенной и наиболее тревожной формой этого расстройства в период менопаузы является зуд вульвы.

Помимо таких проявлений кожной гиперестезии, часто встречаются вазомоторные нарушения кожи, характеризующиеся покраснением, повышением температуры, а иногда и образованием узелков на пораженных участках. Почти без исключения в начале климактерического периода, а иногда также в доклимактерический период женщины жалуются на очень неприятное ощущение мимолетного жара в различных частях поверхности тела, объективно проявляющееся быстрым появлением и не менее быстрым исчезновением красной окраски кожи лица, шеи и груди. Такие кратковременные повышения температуры происходят из-за нарушений вазомоторной иннервации, приводящих к резким изменениям количества крови, проходящей по сосудам пораженных участков кожи.

Едва ли менее частыми во время климактерического периода являются ощущения воображаемого движения, которые вызывают субъективный симптом, известный как головокружение. Часто у женщин в этом возрасте это происходит совершенно без видимой причины, но в других случаях при выполнении какого-либо необычного движения или принятии какой-либо необычной позы; возникает внезапное ощущение вращательного движения либо собственного тела пациентки, либо ее видимого и осязаемого окружения. С

этим чувством нарушенного равновесия часто ассоциируется оптическая и слуховая гиперестезия, мерцание перед глазами (волнообразные мышцы), шум в ушах, болезненные ощущения в голове и особенно в затылочной области, тошнота, рвота, чувство беспокойства, холодный пот, мышечные подергивания, чередующееся покраснение и бледность лица и похолодание стоп. Головокружение возникает пароксизмами, обычно кратковременными, варьирующимися от одной до пятнадцати минут. Климактерическое головокружение возникает особенно у полнокровных женщин.

Своеобразной формой этого климактерического головокружения является то, что описывается *Наклоном* под названием “Псевдонаркотизм” женщин в период климакса, характеризующийся ощущением плавающих движений, неуверенностью в походке, отсутствующим выражением лица, растерянным взглядом, как у пьяного человека, и своего рода психическим ступором, от которого пациентка не может избавиться без значительных усилий. Пострадавшие женщины заявляют, что они чувствуют себя так, как будто они слишком много выпили, как будто что-то ударило им в голову; на самом деле, они очень боятся, что те, кто увидит их идущими по улицам, сочтут их пьяными; они даже чувствуют, что должны отказаться от визитов своих знакомых, если хотят сохранить свою репутацию трезвенников. Они также страдают от сильной сонливости, от неприятного ощущения тяжести или давления в голове, от ощущения, “как будто мозг затуманен или нужно убрать какую-то паутину”. Они испытывают нежелание к умственным и физическим нагрузкам, а их память и все другие интеллектуальные способности ослаблены.

Бернер утверждает, что приступы головокружения, столь часто возникающие в период менопаузы, в меньшинстве случаев зависят только от гиперемических состояний (возникающих в результате прекращения менструальных выделений); напротив, он считает, что причина чаще всего кроется в истерии, в хроническом заболевании пищеварительного тракта или, наконец, в анемии. По его мнению, приступы головокружения, обусловленные церебральной анемией, действительно очень распространены в климактерический период и даже в течение длительного времени после него; и он считает, что их природа часто совершенно неверно истолковывается.

Еще одним очень неприятным признаком нарушения нервной функции в климактерический период является бессонница, которая так распространена в этот период жизни. Женщины, которые в дневное время чувствуют себя сравнительно хорошо, страдают ночью, иногда периодически в одно и то же время ночь за ночью, от состояния общего беспокойства, и по этой причине не могут выспаться, к чему они стремятся. Они беспокойно мечутся из стороны в сторону на кровати или беспокойно бродят по комнате и вскоре из-за недостатка достаточного отдыха впадают в сильную депрессию.

Среди невротических сенсорного аппарата различные виды кожных невралгий встречаются реже, чем во время менархе и кульминации; но, с другой стороны, по моему личному опыту, висцеральные невралгии встречаются чаще, особенно кардиалгия и гипогастральная невралгия. Из поверхностных невралгий гемикрания и межреберная невралгия чаще всего возникают в климактерический период.

При смене образа жизни гемикрания чаще всего возникает в типичной связи с менструацией; или, если кровотечение уже прекратилось, приступы гемикрании повторяются в те периоды, когда должна быть менструация. Это заболевание характеризуется приступообразным возникновением сильной сверлящей боли в боковой части головы, чаще в левой, чем в правой, поражающей височную, теменную или затылочную область, или всю боковую часть голени сразу, обычно сопровождающейся

покраснением и местным повышением температуры болезненной части; продолжительность пароксизмов варьируется в разных случаях от одного или двух до многих часов; с болью связаны озноб, тошнота, истощение и сильное чувство общего недомогания.

Из межреберных невралгий одна форма заслуживает особого упоминания в этой связи: я имею в виду мастодинию, которая является как физически, так и психически одним из самых тяжелых заболеваний, которым подвержены женщины в климактерический период. Ибо женщина средних лет, страдающая мастодинией - “раздраженной грудью” по *Куперу*, — почти неизменно чувствует уверенность в том, что эти боли, локализованные в груди и в непосредственной близости от нее, являются признаками начинающегося рака молочной железы; и в большинстве случаев чрезвычайно трудно убедить ее в том, что ее опасения беспочвенны. Таким образом, отчасти вследствие прямое угнетающее действие на боли, которые обычно сильно тяжелая, и отчасти из-за беспокойства ума вырабатывается убеждение, что неизлечимо роковой разлад начался, я уже несколько раз видели случаи, глубокой меланхолии возникают.

Согласно *Виндшайду*, среди постоянных болезненных ощущений климактерического периода довольно часто встречаются боли в нижних конечностях. Изо дня в день пациент страдает от мучительных разрывающих или колющих ощущений в ногах; более точного описания эта проблема не поддается, но, тем не менее, является очень серьезной. Помимо нижних конечностей, спина, позвоночный столб, и особенно пояснично-крестцовая область, часто являются очагами непрекращающейся боли. В грудном отделе спины боль обычно носит диффузный характер; однако, когда она локализуется в позвоночном столбе, она обычно ограничивается отдельными позвонками, поскольку остистые отростки пораженных позвонков также чувствительны к давлению. Боли в крестце в некоторых случаях могут преобладать до такой степени, что только по этому поводу пациент обращается за медицинской помощью. Боль в крестце одинаково сильна, когда пациент стоит, сидит или лежа; она часто иррадирует в нижние конечности. *Бернер* обращает внимание на тот факт, что во многих случаях боли в крестце или выше в спине могут быть вызваны чрезмерным напряжением теменного отдела живота вследствие большого скопления жира. Среди двигательных проявлений *Виндшайд* обращает особое внимание на определенную степень ослабления мышц нижних конечностей. Хотя при осмотре никаких отклонений обнаружить не удастся, утомление и функциональная неполноценность, особенно в нижних конечностях, проявляются совершенно непропорционально нагрузке, так что пациент совершенно не желает совершать даже короткую прогулку, подниматься по лестнице и т.д. В особо тяжелых случаях пациентка никогда не выйдет на прогулку без походного стула, чтобы она могла присесть отдохнуть, как только почувствует усталость. В сочетании с этими нарушениями моторики мы чаще всего наблюдаем вышеупомянутые болезненные ощущения в ногах, и из-за этих последних функциональная неспособность нижних конечностей, конечно, увеличивается. Слабость рук наблюдается гораздо реже; но иногда мы слышим жалобы на то, что при выполнении домашних обязанностей, рукоделия и т.д., которые раньше выполнялись довольно легко, руки теперь быстро утомляются и становятся функционально неспособными.

Из висцеральных невралгий кардиалгия ни в коем случае не является редкостью в климактерический период; боль сосредоточена в эпигастральной области, но нередко отдает в спину и грудную клетку. Также нередко гипогастральная невралгия - боль в нижней части живота, связанная с ощущением давления в мочевом пузыре, матке и прямой кишке, иногда иррадирующая в бедра и область геморроидальных нервов.

Мнение, выраженное несколькими авторитетными учеными, что менопауза способствует возникновению церебрального апоплексического удара, должно, согласно *Виндшайду*, приниматься с осторожностью; мы должны помнить, что с возрастом в церебральных артериях могут возникать атероматозные изменения, и именно этими изменениями, совершенно независимо от климактерического периода, обусловлено церебральное кровоизлияние. Однако, по-видимому, фактом является то, что менопауза способствует возникновению прогрессивного паралича. Согласно *Юнгу*, 60% и согласно *фон Краффт-Эбингу*, 27% женщин, пораженных параличом, впервые пострадали таким образом в климактерический период. *Фон Краффт-Эбинг* объясняет это явление тем фактом, что во время менопаузы обычным явлением являются приливы сосудодвигательного происхождения, которые служат отправной точкой транссудативных процессов.

К числу невропатических проявлений климактерического периода мы должны отнести временами чрезмерное усиление сексуального влечения. Мы уже настаивали на том факте, что сексуальное влечение обычно не угасает у женщин во время прекращения менструации; напротив, сексуальное желание обычно сохраняется еще долгое время после менопаузы, и от этого факта в значительной степени зависит частота, с которой пожилые женщины вступают в брак с довольно молодыми мужчинами. Но в некоторых случаях сексуальное влечение чрезвычайно усиливается в климактерический период, и пациентка испытывает пароксизмы интенсивных сладострастных ощущений, связанных с проявлениями аномальных рефлекторных и психических реакций, с учащением пульса и дыхания, эмоциональным возбуждением, может быть потеря сознания и даже общие судороги. Некоторые из этих случаев нарушения сексуальности наблюдаются у лиц, ранее страдавших зудом вульвы и влагалища.

Более конкретно *Генсо де Мюсси* и *Бернер* описали случаи такого чрезмерного сексуального влечения в климактерический период, сладострастные кризы с поллюциями, возникающие независимо от какой-либо внешней причины; у пострадавших таким образом женщин постоянно возникают эротические идеи, они испытывают зуд и жжение в половых органах, и время от времени это достигает кульминации в пароксизме сексуального влечения с оргазмом и усилением секреции желез вульвы.

Бернер заметил, что характерные изменения сексуального влечения обычно происходят в климактерический период. Нередко в это время интенсивность сексуального желания значительно снижается или даже полностью исчезает; однако чаще всего желание сохраняется на протяжении всего этого периода; наконец, во многих случаях желание усиливается, иногда до такой степени, что становится просто мучительным. Можно было бы ожидать, что первое из этих изменений, снижение интенсивности сексуального влечения, гармонирующее с общим угасанием сексуальных функций при смене образа жизни, будет нормальным явлением. И это факт, что во многих случаях, характеризующихся повышением сексуального влечения в климактерический период, *Бернер* обнаружил наличие анатомических аномалий в репродуктивных органах (фибромы, сгибы и т.д.). Как бы то ни было, увеличение интенсивности сексуального влечения, если это увеличение не является чрезмерным, может рассматриваться как одно из проявлений висцеральных гиперестезий, столь распространенных в этот период жизни. Однако в чрезмерных степенях этого поражения, при которых сексуальный кризис иногда сопровождается общими конвульсиями, мы должны, как и *Ромберг*, признать существование прямого невралгического состояния семенного сплетения. Особенно перед началом настоящей менструации или до наступления положенного срока, который не наступает, в критические годы предъявляются жалобы на это состояние чрезмерного сексуального желания и

чувствительности; и во многих случаях неприятности начинаются при самом первом появлении нарушений менструального цикла, которые предвещают менопаузу.

Виндшайд обращает внимание на тот факт, что иногда нервные проявления могут проявляться до возникновения каких-либо нарушений менструального цикла, так что именно нервное расстройство предупреждает женщину или ее врача о приближении менопаузы. “Когда начинаются аномалии менструального цикла, - продолжает *Виндшайд*, “ то есть в начале климактерического периода, нервные расстройства, возможно, уже достигли своего максимума и начали снижаться по интенсивности. Однако, как правило, появление нервных расстройств совпадает с началом нарушений менструального цикла. Может случиться так, что эти нарушения усиливаются с каждым повторяющимся периодом, но это не правило. Иногда, однако, мы можем наблюдать, что когда менструации происходят с чрезмерной частотой — отнюдь не редкое явление в начале климактерического периода — нервные расстройства становятся более серьезными; и особенно это актуально, когда чрезмерно частые выделения также являются ненормально обильными, как это действительно часто бывает”. Проявления климактерического невроза возникают, как *справедливо настаивает* Виндшайд, чаще всего в сфере психики. “Мы наблюдаем изменение в характере, который обычно становится более возбудимым. Женщина, ранее спокойная и собранная, становится раздражительной, склонной к эмоциональным расстройствам и вспыльчивости и неспособной невозмутимо переносить булавочные уколы, столь частые в повседневной жизни, и особенно в повседневной жизни домохозяйки. Однако в других случаях нарушение психики скорее ведет к депрессии: мы наблюдаем своего рода духовную заторможенность, дефицит жизненной энергии, безразличие к вещам, которые раньше доставляли удовольствие. Также почти всегда жалобы на потерю памяти относятся к числу признаков такой депрессии. К этим интеллектуальным аномалиям добавляются нарушения чувствительности. Наблюдается чрезмерная чувствительность к яркому свету, громким звукам и сильным запахам. Часто также в таких случаях мы наблюдаем сильную непереносимость алкоголя, довольно малые дозы которого вызывают крайне неприятные ощущения в голове”.

Климактерические психозы.

Давно признано мощное влияние изменений, происходящих в климактерический период, на возникновение психозов, поскольку менопауза, по сути, является благоприятной почвой для развития психических заболеваний. Этот факт закреплен в медицинской терминологии, поскольку многие авторы говорят о “климактерическом помешательстве”, предполагая, что психозы этого периода жизни представляют определенную и характерную клиническую картину.

В более ранней части этой работы было показано, что процесс менструации в целом оказывает заметное воздействие на психику и что нарушения менструальной активности способны оказывать патогенное влияние на психическое состояние женщины, которая от них страдает; еще больше и интенсивнее влияние прекращения менструальной активности с его мощным и широко распространенным нарушением всего организма, с его разрушительными колебаниями равновесия в сферах ощущений, восприятия, мышления и воли. Легко понять, как более редкие повторения менструаций, случайные обильные кровопотери, полное прекращение менструаций, состояния, характерные для климактерического периода застоя и застойной гиперемии головного мозга, способны, особенно у наследственно предрасположенных лиц, приводить к развитию психозов; в то время как у тех, кто уже страдает психическими расстройствами, менопауза, вероятно, вызовет обострение их симптомов. В этот период жизни мы также должны принимать во

внимание влияние определенных идеологических влияний, о которых уже говорилось, мысль о том, что женственность и ее радости уходят навсегда, и страх перед опасностями, сопутствующими этому критическому периоду перемен в жизни. A French proverb alludes to “le diable de quarante ans, si habille à tourmenter les femmes.”

Психическое расстройство с большей вероятностью возникнет в климактерический период у тех женщин, нервная система которых всегда была чрезмерно раздражительной, а также у тех, кто страдает наследственной предрасположенностью к безумию. Кроме того, это с большей вероятностью произойдет у тех, у кого менопауза наступает совершенно внезапно, катастрофическим образом, чем у тех, у кого климактерический период протекает постепенно и не сопровождается какими-либо бурными проявлениями в организме в целом.

На мой взгляд, невозможно распознать какую-либо конкретную форму психического расстройства, характерного для климактерического периода, но, тем не менее, психозы, возникающие в этот период жизни, действительно проявляют определенные поразительные и характерные черты, особенно в том отношении, что преобладают состояния психической депрессии с меланхолией, в то время как в их этиологии проявляются эротические влияния. В более легких формах воля и мышление остаются незатронутыми, и проблема проявляется в виде ипохондрических настроений, связанных с телесными проблемами. В более тяжелых случаях мы наблюдаем эмоциональную депрессию, состояния тревоги, ограничение способности к пониманию и суждению, нерешительность, уныние и апатию; или, с другой стороны, беспокойство, склонность к постоянным переездам, страстное стремление постоянно менять занятия, болтливость и т.д.; Наконец, если психическое расстройство становится еще более тяжелым, галлюцинации, бред, пароксизмы сильного возбуждения и, в исключительных случаях, полностью развитую манию.

Как в отношении других расстройств, сопровождающих климактерический период, так и в отношении климактерических психозов, женщины, которые были или состоят в браке, у которых было достаточное количество детей и которые привыкли к достаточной сексуальной активности, находятся в более благоприятном положении, у них гораздо больший иммунитет, чем у женщин, чьи сексуальные обстоятельства были противоположны упомянутым, у которых был только один или двое детей, которые вступали в половую связь только тогда, когда были защищены от беременности с помощью профилактических мер, или оставались сексуально неудовлетворенными, и, наконец, у женщин, которые никогда не были замужем. , и те, кто в течение многих лет до начала менопаузы жил в целомудренном вдовстве. В “старых девах” к соматическим эффектам сексуального воздержания (или, в некоторых случаях, ненормального сексуального удовлетворения) добавляются эффекты интеллектуального и эмоционального осознания прожитой впустую жизни. Опять же, мы отнюдь не редко сталкиваемся с тем, что женщины, которые в молодости, во время менархе, страдали от психических расстройств, склонны снова страдать временным психическим расстройством при смене образа жизни. Однако, как только менопауза полностью заканчивается, как правило, устанавливается состояние психического покоя, и тогда может случиться, что ранее существовавшие психические расстройства претерпевают улучшение; но, с другой стороны, мы должны во всех случаях считаться с возможностью того, что они могут принять неблагоприятный оборот в направлении развития старческих психозов.

Значительный интерес представляет факт, впервые отмеченный *Глевеке* и впоследствии подтвержденный другими наблюдателями, что в случаях искусственной менопаузы после операции нередко возникают меланхолические психические расстройства, в некоторых случаях настолько серьезные, что приводят к утомлению жизнью и фактическому самоубийству; и в целом, после искусственной индукции менопаузы психические

расстройства ни в коем случае не редкость, а иногда бывают очень серьезными. Такое нарушение психического равновесия наблюдается после офорэктомии, особенно у женщин, которые еще сравнительно молоды и чьи сексуальные способности все еще находятся в зрелом состоянии; в то время как при проведении операции у женщин более преклонного возраста, у которых яичники уже почти или полностью не функционируют, никаких психопатических изменений, вероятно, не последует. У женщин, относящихся к первой категории, вступают в действие те же этиологические влияния, что и при физиологической менопаузе, то есть пациентка подвергается психическому воздействию удаления яичников — не только прекращению менструаций и исчезновению внутренней секреции репродуктивных желез, что приводит к нарушению физического равновесия, но и интеллектуальному осознанию потери сексуальной потенции и последующему нарушению психического равновесия.

По мнению Шлягера, климактерический период оказывает мощное влияние на развитие психических расстройств у женщин, даже когда инволюция происходит в нормальном возрасте. Течение этих нарушений следующее: вскоре после начала процесса инволюции, когда уже в течение нескольких месяцев менструальная периодичность была нерегулярной или выделения были чрезмерно обильными, проявляется изменение характера, сначала едва заметное, но через некоторое время отчетливо проявляющееся в виде повышения раздражительности. Женщина придирается ко всему и вся, становится недоверчивой, подозрительной, полна жалоб, воображает, что самые незначительные неприятности вызваны намеренным пренебрежением; в то же время она жалуется на продолжающуюся бессонницу, сердцебиение, различные неопишуемые ощущения и головную боль. Иногда возникает гиперемия головы, сопровождающаяся тревожными сновидениями, и может сильно усиливаться капризность; в этом состоянии трое таких пациентов из *клиники* Шлягера были склонны к попыткам самоубийства. *Шлагер* далее обращает внимание на тот факт, что в 22 известных ему случаях, когда женщины совершали самоубийства или безуспешно пытались совершить их, в одиннадцати из них пациентки находились в климактерическом возрасте. Он считает, что наиболее важным этиологическим фактором в возникновении климактерического психического расстройства в таких случаях является внезапное прекращение менструации. В большинстве этих случаев психическое расстройство принимает форму мании; однако в исключительных случаях - форму хореи или каталепсии.

По *наклону* различают следующие формы "климактерического помешательства": бред, манию, ипохондрию, меланхолию, импульсивное помешательство и извращение моральных инстинктов. Тот же автор публикует следующую таблицу, показывающую возрастную частоту 1320 случаев психических расстройств у женщин, из которой следует, что в период менопаузы возникает очень значительное число случаев, но после смены образа жизни происходит сравнительно мало случаев.

В этих 1320 случаях женщины были:

Моложе 15 лет в	9 случаях
Старше 15 и моложе 20 лет в	61 случае
старше 20 и моложе 25 лет в	216 случаях
Старше 25 и моложе 30 лет в	223 случаях
Старше 30 и моложе 35 лет в	217 случаях
Старше 35 и моложе 40 лет в	218 случаях

Старше 40 и моложе 45 лет в	162 случаях
старше 45 и моложе 50 лет в	153 случаях
старше 50 и моложе 55 лет в	122 случаях
Старше 55 и моложе 60 лет в	57 случаях
Старше 60 и моложе 65 лет в	55 случаях
Старше 65 и моложе 70 лет в	27 случаях

Фукс подсчитал возраст 26.300 душевнобольных. Сведя свои результаты к соотношениям на 10 000, он получил следующие результаты:

	Женщины.	Мужчины.
В возрасте до 20 лет	563	649
В возрасте старше 20 и моложе 30 лет	1,895	2,132
В возрасте старше 30 и моложе 40 лет	2,557	2,614
В возрасте старше 40 и моложе 50 лет	2,180	2,080
В возрасте старше 50 и моложе 60 лет	1,362	1,247
В возрасте старше 60 лет	1,443	1,278

По данным *Esquirol*, среди 198 женщин, совершивших самоубийство, было 77 в возрасте от 40 до 50 лет - число значительно большее, чем в любом другом возрастном десятилетии. Среди 235 женщин, страдающих деменцией, часть впервые обратилась за лечением в климактерическом возрасте. Тот же автор опубликовал следующие данные о возрастной распространенности невменяемости в случае 6.713 пациенток женского пола:

В возрасте до 20 лет	348 случаев
В возрасте от 20 до 25 лет	563 случая
В возрасте от 25 до 30 лет	727 случаев
В возрасте от 30 до 40 лет	1607 случаев
В возрасте от 40 до 50 лет	1479 случаев
В возрасте от 50 до 60 лет	954 случая
В возрасте старше 60 лет	1035 случаев

Матуш обнаружил, что среди 551 женщины, страдающей психическим расстройством, были:

В возрасте от 0 до 10 лет	9 случаев
В возрасте от 10 до 20 лет	73 случая
В возрасте от 20 до 30 лет	140 случаев
В возрасте от 30 до 40 лет	114 случаев
В возрасте от 40 до 50 лет	107 случаев
В возрасте старше 50 лет	38 случаев

Согласно *фон Краффт-Эбингу*, среди 858 душевнобольных женщин было около 60, у которых расстройство психики, по-видимому, зависело от влияния климактерического периода, и у 25 из них имелась наследственная предрасположенность к психическим заболеваниям.

Из Ковалевского о психозах климактерического периода мы цитируем следующее:,,

“У женщин климактерический период оказывает отчетливое влияние на психическую жизнь, и это влияние особенно сильно проявляется в тех случаях, когда в период полового созревания ранее были замечены психические нарушения. Психическое состояние, в котором женщины подходят к смене образа жизни, очень изменчиво, и оно в значительной степени зависит от обстоятельств, в которых прошли активные годы сексуальной жизни. В некоторых случаях женщине посчастливилось выйти замуж рано и по любви, и вся ее супружеская жизнь прошла без волнений; ее труды не были изнурительными, и ее дети были в добром здравии; все детские годы прошли без неприятных происшествий, и их развитие было счастливым и успешным; одним словом — все шло хорошо у нее и ее близких. Такая женщина возблагодарит Бога за то редкое счастье, которым она наслаждалась, и спокойно, терпеливо и с пониманием перенесет неизбежный конец своей сексуальной жизни. Для такой женщины, особенно если она здорового происхождения, изменения, происходящие в ее репродуктивных органах в период климактерического периода, не обязательно влекут за собой какое-либо серьезное потрясение для ее нервной системы и не обязательно должны формировать культурную почву для болезненных проявлений в ее нервной системе или в ее психике. Даже если и возникнут какие-либо аномалии в нервной деятельности, то только те, которые вызваны нарушением нормального менструального ритма; в таких случаях они редко носят серьезный или длительный характер.

Но взгляните, с другой стороны, на эту фотографию. Женщина вышла замуж без любви и по чистой необходимости. Ее муж был пьяницей, грубым и неверным. У нее было очень много детей, ее роды были утомительными и тяжелыми и сопровождались большой потерей крови. Некоторые из детей заболели и умерли; те, кто выжил, оказались праздными, ни на что не годными и обремененными. В семейной жизни преобладают сварливость, беспорядок и нехватка средств. Мать страдает каким-либо хроническим заболеванием репродуктивных органов и почти никогда не выходит из-под контроля врача. После 25 или 30 лет такой жизни женщина вступает в новую жизнь. Физически истощенная, уставшая от жизни, никогда не знавшая счастья, после существования, полного неприятностей и убожества, без чего—либо радостного ни в воспоминаниях о прошлом, ни в перспективах на будущее - главная надежда такой женщины на то, что ее неприятности скоро закончатся вместе с ее жизнью. Там, где почва таким образом физически и умственно истощена, развитие невроза или психоза слишком вероятно по самой незначительной возбуждающей причине. Ее жизнь кажется настолько никчемной, что мысли о самоубийстве, скорее всего, будут совсем рядом. Таким образом, когда к климактерическим изменениям в репродуктивных органах добавляются дополнительные, весьма вероятно, что возникнет меланхолия. Однако, когда случай осложняется наследственной предрасположенностью к безумию и возникновением действительных дегенеративных изменений в центральной нервной системе, вместо пассивной депрессии при меланхолии мы скорее увидим идеи преследования при паранойе. На самом деле эти два психоза, меланхолия и паранойя, являются наиболее распространенными формами психического расстройства в этот период жизни женщины.

“Это две крайности в психическом состоянии женщины в то время, когда в ее репродуктивных органах начинаются физические изменения климактерического периода. Конечно, легко понять, что между этими двумя крайностями лежит ряд комбинаций, любая из которых в отдельных случаях может иметь место.

“Таким образом, условия жизни в ранние годы оказывают сильное определяющее влияние на возникновение психического расстройства; и нередко только в этих условиях мы находим действительную причину психического вырождения. Временами воспоминания о ее

собственной жизни оказывают на женщину в климактерическом возрасте настолько серьезное воздействие, что сами по себе эти воспоминания являются причинным фактором развития психоза или, по крайней мере, настолько влияют на почву, что делают ее подходящей питательной средой для развития психического расстройства, фактической возбуждающей причиной патологического состояния является нарушение обычного менструального ритма.

“Рассматривая психическое состояние женщин в начале климактерического периода, мы не должны забывать о тех, кого называют ‘старыми девами’. В юности у этих девушек тоже были свои идеалы, свои надежды, свои планы и свои печали. У них также было естественное стремление любить и быть любимыми в ответ; они надеялись стать женами и матерями. Но жизнь не оправдала их надежд и желаний, и их стремления остались неудовлетворенными. Некоторые из них безропотно взяли свой крест и посвятили свои таланты, свой интеллект и свою любовь служению самым близким им людям. Но другие выражают активный протест против судьбы в форме мстительных чувств по отношению к своему окружению, склочности, скандалистичности и т.д. Здесь мы видим противопоставление двух основных типов таких женщин. С одной стороны, это те, кто посвящает свои интеллектуальные и духовные силы служению обществу; это бескорыстные сестры милосердия, неутомимые женщины-медики, бесценные школьные учительницы и гувернантки, фанатичные политические деятели и т.д. Такие, как они, перестали жить для себя. В полном смысле этих слов они умерщвляют плоть, и руководствуются в своем поведении высокими моральными принципами. Они убили свою сексуальную жизнь и навсегда остались девственницами — как морально, так и физически. Если вследствие патологической наследственности, неправильных условий жизни, изнуряющих болезней и т.д. развивается психоз, галлюцинации и бред, от которых они страдают, очень редко принимают сексуальный характер и не относятся к унижающему достоинство типу. Сексуальная сторона жизни, по-видимому, на самом деле, будь они в здравом уме или безумны, претерпела полную атрофию. Они страдают простой меланхолией со ступором, или их безумие принимает религиозный оборот, но очень редко носит эротический характер.

“Совсем иначе обстоит дело со старыми девами второго типа. Они недовольны жизнью, раздражительны, сварливы, завистливы и злобны. Они злобны и мстительны, сплетницы и скандалисты, хвастаются собственной целомудренной и невинной жизнью и никогда не прощают никаких реальных или мнимых посягательств на их незапятнанную добродетель. В то же время они никогда не теряют надежды на будущее и полны воображаемых любовных похждений, в которых они переживают сцены, отнюдь не целомудренные или невинные; они не гнушаются самобичевания и ненормального удовлетворения сексуальных потребностей, при которых недостающий партнер в половом акте предоставляется воображением. Под влиянием таких ненормальных условий жизни эти женщины часто страдают нервными расстройствами; мигренью, невралгией, цефалгией, нервной депрессией, рахиалгией, слабостью, анемией, заболеваниями репродуктивных органов и т.д. Таким образом, когда они вступают в климактерический возраст, почва полностью подготовлена для развития психического расстройства, которое у таких лиц часто характеризуется галлюцинациями сексуального ощущения и восприятия, эротическими зрительными и слуховыми галлюцинациями, бредом аналогичного характера, повышенной сексуальной раздражительностью, поиском ненормальных средств сексуального удовлетворения, склонностью к непристойной речи и поведению и т.д.

“Психическое расстройство настолько распространено в климактерический период, что термин ‘климактерическое безумие’ в настоящее время утвердился в литературе о

психическом отчуждении. Практически во всех учебниках по этой теме мы находим намек на этой формой психического заболевания, но нет реальной почвы для *Модсли* в предположении, что существует климактерического помешательства роде. В климактерический период могут возникать самые разные формы психических расстройств — паранойя, меланхолия и мания; единственной общей чертой приступов, из-за которой они классифицируются как ‘климактерическое помешательство’, является тот факт, что окончательной определяющей причиной в каждом случае является наступление перемен в жизни. На самом деле, этот период не лишен влияния на проявление болезни — его печать накладывается на клиническую картину, он придает болезни определенные характерные черты, — но все же особенности, общие для случаев психических расстройств, возникающих в этот период жизни у женщин, не настолько велики, чтобы оправдать нас при описании их как отдельной разновидности психоза”.

Согласно *Ковалевски*, это так называемое климактерическое помешательство встречается в двух основных формах: во многих случаях психическое расстройство проявляется в виде периодических пароксизмов, связанных либо с началом менструации, либо с периодичностью менструаций после того, как менструации уже прекратились; в другом классе случаев психоз не имеет прямой связи с менструацией и зависит от совместного влияния всех проявлений климактерического периода. Случаи, относящиеся к первой категории, были обозначены *Бартелом* как “климактерическое псевдомenstrуальное помешательство”.

Психозы, зависящие от климактерических влияний, могут, согласно *Ковалевскому*, проявляться почти во всех известных формах психических расстройств: прекардиальной тревоге, меланхолии, мании, аменции, паранойе и т.д.; и хотя они не проявляют абсолютно характерных черт, или которые, как уже говорилось, позволяют нам отличить специфическое “климактерическое безумие”, тем не менее, все они несут общий отпечаток, благодаря которому мы можем обнаружить в их причинности влияние этого критического периода жизни. Таким образом, прекардиальная тревога возникает при пароксизмах, имеющих более или менее регулярную периодичность, соответствующую периодичности ожидаемой менструации. Та же особенность наблюдается при периодических обострениях истерических и эпилептических пароксизмов. Часто также в это время происходят внезапные изменения в эмоциональном расположении и в характере, в ту или иную сторону, без развития настоящей меланхолии или мании. Меланхолия климактерического периода встречается главным образом у замужних женщин, особенно у тех, чьи обстоятельства несчастливы; и она часто проявляется попытками самоубийства.

Мания сравнительно редко встречается в климактерический период; когда она все же возникает, то обычно принимает сексуальную форму — сексуальные импульсы, галлюцинации, бред и непристойное поведение. Такие проявления чаще всего наблюдаются у вдов, у “старых дев”, чья мораль не безупречна, и, вообще говоря, у тех, чьи сексуальные потребности остались частично или полностью неудовлетворенными, и у тех, кто сильно ошибся в поведении в этой стороне жизни. Аменция также встречается в этот период жизни; редко в маниакальной форме, чаще в связи с менструациями как периодический психоз или как непрерывное расстройство психики с обострениями, соответствующими периодам менструации; часто характеризуется выраженным эротизмом.

Гораздо чаще в климактерический период возникает паранойя, на чем *справедливо настаивает* *Ковалевски*. Чаще всего это встречается у “старых дев” с психопатической предрасположенностью. Воображение таких индивидуумов всегда сосредоточено на мужчинах; они воображают, что мужчины вообще, но в особенности определенные особи

противоположного пола, постоянно разглядывают их, строят им глазки, делают им знаки, тем или иным способом стараясь привлечь их внимание. Самые обычные и неизменные формы вежливого общения рассматриваются этими женщинами, наблюдательность которых болезненно стимулируется, как признаки особого “внимания”, уделяемого им самим. Они преследуют этих мужчин своим собственным вниманием и воображают, что это мужчины преследуют их. Часто это болезненное психическое состояние связано с сексуальными злоупотреблениями, мастурбацией и т.д. Нередко такие дегенераты страдают от похотливых снов. Часто они испытывают галлюцинации сексуального восприятия в форме предполагаемых посягательств на их девственность. Все эти состояния склонны быстро перерасти в состояние общей подозрительности и идей преследования. Идеи преследования принимают особую форму, особенно характерную для климактерического периода. Пациенты верят, что мужчина, часто незнакомый им лично и, возможно, живущий в другом городе, вступает с ними в духовное и телесное общение. Предполагается, что в большинстве случаев эти отношения осуществляются с помощью спиритизма, гипноза или электричества. Пациентка донимает мужчину, о котором идет речь, письмами, полагает, что она юридически связана с ним, и нередко желает доставить ему удовольствие оплачивать ее счета и снабжать ее деньгами. Для католического священника очень распространенное явление - беспокоиться из-за такой женщины, поскольку ее заблуждение основано на том факте, что предполагается, что священник поддерживает исключительно близкие духовные отношения с членами своей паствы. Пациентка с идеями преследования часто сама становится настоящим преследователем, не только донимая свою жертву бесчисленными письмами, но и в порыве ревности устраивая “сцены” всякий раз, когда она может с ним столкнуться, а иногда и приводя к серьезному скандалу. С таким психическим состоянием мы часто наблюдаем связанные сексуальные галлюцинации и бред; пациентка считает себя беременной, воображает, что подверглась насилию, или находится в плотских сношениях с мужчиной — возможно, с кем-то, с кем она даже не знакома. Мужчины-медики особенно склонны страдать от обвинений таких женщин, которых они, возможно, обследовали наедине, совершенно не зная о психическом состоянии пациентки. Часто такие идеи сексуального преследования связаны с пароксизмами жестокой нимфомании, и таким образом неосторожный врач также может оказаться в крайне неприятном положении. Иногда у таких пациентов возникают нарушения полового инстинкта, и они начинают испытывать влечение к представителям своего пола.

Подобные бредовые идеи преследования с помощью гипноза, спиритизма, телефона и т.д. В сочетании с сексуальным бредом и нимфоманией настолько часты в климактерический период, что их можно рассматривать как преимущественно составляющие климактерическое безумие. Часто в основе этой формы психического расстройства лежит какое-то давнее истерическое состояние.

Таким образом, эти своеобразные проявления эротизма следует рассматривать как отличительные характеристики климактерического безумия и, в частности, климактерической паранойи. Второй характеристикой климактерического помешательства, согласно *Гарату*, является выраженное развитие ревнивых эмоций и бредовых идей.

В дополнение к этим полностью развитым психозам, у дегенератов в климактерическом возрасте возникают пароксизмы импульсивного помешательства в форме дипсомании, клептомании, пиромании; эксгибиционизма; непреодолимого влечения к самоубийству, убийству, детоубийству и т.д. Такие пароксизмальные импульсивные проявления, согласно *Ковалевски*, обычно связаны с нарушениями менструального цикла; чаще всего они возникают в положенные сроки менструации, когда выделения не появляются.

Сто шестьдесят девять случаев климактерического психоза были классифицированы *Матушем* следующим образом:

Меланхолия	36 случаев
Мании	2 случая
Меланхолии, переходящей в паранойю	28 случаев
Меланхолии, переходящей во вторичную деменцию	17 случаев
паранойи	43 случая
Неврастении в климактерический период с последующим психическим расстройством	19 случаев
Неврастении до климактерического периода с последующим психическим расстройством в климактерический период	10 случаев
Апоплексии, абсцесса головного мозга, слабоумия	6 случаев
Эпилепсии	2 случая
Чередующегося помешательства	3 случая
паралитического слабоумия	5 случаев

Фон Краффт-Эбинг классифицировала 60 случаев климактерического психоза следующим образом:

Меланхолия	4 случая
чередующегося помешательства	1 случай
острого делирия	1 случай
первичного помешательства:	
а. С первичным делирием	36 случаев
б. Паралитическая деменция	12 случаев

Прогноз в случаях климактерического психоза рассматривается *Ковалевским* как неблагоприятный; неблагоприятные жизненные условия связаны с регрессивными метаморфозами тканей, следовательно, психическое расстройство, возникающее в этот период жизни, едва ли менее серьезно, чем расстройство, вызванное фактической дегенерацией тканей головного мозга. Действительно, согласно *Шюле*, в климактерический период существует особая опасность развития атрофических церебральных процессов (атероматозный энцефалит) с апоплексическими и эпилептическими припадками. *Шлягер* также считает прогноз климактерического помешательства неблагоприятным; но *Мерсон*, с другой стороны, наблюдал среди женщин, страдающих климактерическими психозами, показатель выздоровления более 50%. На ранее существовавшие психозы у женщин начало климактерического периода в большинстве случаев оказывает неблагоприятное влияние, и в очень редких случаях только в это время мы наблюдаем излечение или ремиссию хронического психического расстройства. *Ковалевский* наблюдал случаи хронической мании, при которых лечение достигалось в климактерический период; однако несколько чрезмерная возбудимость и склонность к насилию оставались как пережитки прежнего безумия. *Матуш*, наблюдая за 60 женщинами, страдающими хроническими психическими расстройствами, по достижении ими климактерического периода, заметил, что в 14 случаях

психическое состояние в этот период изменилось к худшему, в то время как в 13 изменился характер психического заболевания: возбуждение уступило место апатии и слабоумию. *Гризингер* ранее указывал, что во время прекращения менструации иногда происходит улучшение и даже излечение ранее существовавшего хронического психического расстройства; однако чаще влияние менопаузы было неблагоприятным, и до сих пор изменчивая и раздражающая форма психического заболевания трансформировалась в хроническое безумие с неизменяемым бредом или в слабоумие. Течение психических расстройств, таких как меланхолия, впервые проявляющихся в климактерический период, также рассматривалось *Гризингером* как, вероятно, неблагоприятное.

Гигиена во время менопаузы.

В критические годы жизни женщины целью гигиены является использование всех доступных средств для противодействия изменениям в кровообращении, нарушениям в работе нервной системы и нарушениям питания, которые по-разному зависят от изменений, происходящих в репродуктивных органах во время климактерического периода; ее целью должно быть регулирование образа жизни в эту эпоху таким образом, чтобы важный эпизод постепенного снижения и окончательного угасания сексуальной продуктивности протекал с как можно меньшим количеством местных проблем и незначительными изменениями общего состояния.

С помощью ванн различной температуры, продолжительности, способа применения и состава, а также с помощью других выбранных гидротерапевтических процедур мы получаем возможность во время нарушений менопаузы оказывать на кожу мощное производное воздействие и таким образом уменьшать пассивную гиперемии матки и маточных оболочек; с помощью тех же средств мы можем оказывать успокаивающее воздействие на периферические нервы и, таким образом, в дальнейшем на всю нервную систему, когда такие меры требуются при многочисленных признаках повышенной раздражительности; кроме того, с помощью ванн мы можем влиять на циркуляцию крови, кровообращение и кровообращение в организме. мы можем усилить выделительную активность кожи и различными дополнительными способами влиять на выработку тепла и обмен веществ, таким образом изменяя процессы, происходящие в репродуктивных органах, создавая условия, благоприятные для всасывания выделений, и способствуя здоровым тканевым изменениям слизистой оболочки половых путей.

У женщин в период климакса наиболее обычными показаниями являются водные ванны различной температуры. от 35 до 37 ° C (от 95 до 98 ° F.), умеренной продолжительности, от 15 до 20 минут, причем ванна представляет собой простое погружение, а не спринцевание или обливание, а температура поддерживается постоянной за счет непрерывного притока достаточного количества горячей воды. Подобные ванны мягким, но постоянно эффективным образом улучшают функции кожи, столь важные в период климакса; и они уменьшают почти постоянную тенденцию к потоотделению и развитию кожных заболеваний (наиболее распространенным из которых является климактерическая экзема). Умеренная степень термического раздражения, оказываемого ваннами при такой индифферентной температуре, приводит к тому, что они оказывают равномерное успокаивающее действие на нервную систему, которое, вероятно, зависит от влияния, оказываемого через посредничество чувствительных нервных окончаний в коже; и это наиболее полезно для уменьшения повышенной общей раздражительности, как спонтанной, так и рефлекторной, столь часто проявляющейся нервной системой в климактерический период. У женщин в этом возрасте такие ванны наиболее полезны для ослабления распространенных кожных

гиперестезий и невралгий, а также оказывают рефлекторное воздействие на висцеральные невралгии и психические гиперестезии.

У женщин в период климакса, страдающих ненормальной чувствительностью к сенсорным впечатлениям, к сильному свету и громким звукам или от болезненных ощущений в самых различных нервных зонах; у тех, кто подвержен учащенному сердцебиению по какой-либо тривиальной возбуждающей причине; у тех, кто страдает судорожными припадками в глотке, пищеводе, желудке и кишечном тракте; у женщин с неприятными ощущениями зуда и жжения в репродуктивных органах или у тех, у кого наблюдается значительное повышение интенсивности сексуального влечения, — при всех этих распространенных нарушениях нервной системы в период менопаузы, при ежедневном использовании таких погружных ванн с водой одинаковой температуры, которые лучше всего принимать непосредственно перед отходом ко сну, нам часто удается вызвать как местный, так и общий покой, уменьшить спонтанную и рефлекторную раздражительность нервной системы и вызвать спокойный и восстанавливающий сон.

Однако в других случаях нарушений здоровья в климактерический период больше пользы могут принести горячие ванны с погружением, принимаемые при температуре, значительно превышающей температуру крови (37°C — $98,4^{\circ}\text{F}$.), и продолжающиеся дольше, чем только что описанные теплые ванны. Они показаны, когда мы хотим усилить кровообращение через кожу, вызвать гиперемию поверхностных структур тела, сильно стимулировать кожные нервы, усилить кожное потоотделение — короче говоря, оказать мощный производный эффект, способствовать рассасыванию и ускорить общие процессы изменения тканей. Этот метод лечения подходит для случаев, когда в начале менопаузы уже имеются патологические состояния репродуктивных органов, болезненные состояния в настоящее время усугубляются процессами климактерического периода — такими состояниями являются метрит и эндометрит, хронические воспаления тазовой соединительной ткани и тазовой брюшины; и одной из первых целей лечения должно быть содействие размягчению и последующему всасыванию этих продуктов воспаления. Опять же, в случаях, когда климактерические проблемы, частично зависящие от повышения общего артериального давления, проявляются главным образом в виде активных застойных явлений, кратковременных приливов, головокружений и т.д., применение горячих ванн, вероятно, будет наиболее полезным, поскольку приведет к заметному расширению кожных капиллярных кровеносных сосудов и последующему снижению артериального давления. Кроме того, в случаях компенсаторных приливов, периодических диарей, периодических белей после прекращения менструации, в случаях опосредованных кровотечений (особенно периодических носовых кровотечений и периодических геморроидальных кровотечений) использование горячих ванн часто является эффективным для восстановления функциональной активности яичников, когда она *преждевременно* прекратилась. Кроме того, их использование помогает нам в наших усилиях по противодействию чрезмерному ожирению и подагрическим расстройствам, заболеваниям, которые, как правило, особенно проявляются у женщин в период менопаузы, нарушениям обмена веществ, тесно связанным с нарушениями функций матки и яичников, характерными для смены образа жизни.

При всех только что перечисленных состояниях, если мы желаем еще более сильного воздействия, чем то, которое оказывают обычные горячие ванны, в наших силах использовать ванны с горячей минеральной водой, посредством которых к простому термическому раздражению, передаваемому горячей водой, добавляется химическая, а возможно, и электрическая стимуляция кожных нервов. Различный эффект различных

минеральных ванн зависит как от солевого, так и от газообразного состава различных источников, а также от особых физических свойств минеральных вод.

Поточные ванны бывают различных видов. Некоторые из них, русские бани, состоят из горячего воздуха, насыщенного влагой; другие, римско-ирландские бани, состоят из сухого горячего воздуха; самыми последними из них являются ванны с электрическим освещением, в которых используется лучистое тепло электрических ламп. Но из-за сильного повышения температуры тела, которое они вызывают, с последующим учащением пульса и дыхания, и еще в большей степени из-за быстрого и обширного повышения кровяного давления, к которому они приводят, эти мощные потогонные ванны редко подходят для женщин в климактерическом периоде, и если они вообще используются в таких случаях, следует соблюдать величайшую осторожность. Их применение показано только женщинам, у которых во время менопаузы быстрое развитие ожирения привело к серьезным проблемам, но у которых сердце совершенно здоровое и в кровеносных сосудах нет следов склероза.

Гораздо реже, чем теплые или горячие ванны или ванны с минеральной водой, в климактерический период применяются холодные ванны, поскольку ванны при температуре значительно ниже индифферентной и другие гидротерапевтические процедуры, при которых используется холодная вода, настолько сильно стимулируют нервную систему и вызывают столь сильное повышение кровяного давления, что женщинам в период климакса обычно следует избегать их применения, поскольку они действительно могут повлечь за собой серьезные опасности как физические, так и психические. Ванны с погружением или обтирания губкой, при которых используется вода температурой 18 ° C (64 ° F.) или ниже, противопоказаны, поскольку они действуют слишком энергично, отводят тепло слишком сильно, чтобы их можно было безопасно использовать в этот период жизни. Если мы стремимся с помощью гидротерапевтических мер противодействовать застойным явлениям во время менопаузы и в то же время обеспечить общее оздоровление нервной системы пациентки, то, по-видимому, были бы показаны погружные ванны, температура воды в которых не ниже 20 ° C (68 ° F.) и продолжительностью от пяти до пятнадцати минут. В большинстве таких случаев, однако, предпочтительна несколько более высокая температура, от 26 до 28 ° C (от 79 до 82 ° F.). Пациент должен лежать в ванне во весь рост, погруженный в воду выше плеч, и вода не должна взбаламучиваться, за исключением умеренного растирания поверхности тела, пока пациент находится в ванне. Однако, когда пациентка сидит в ванне, вода покрывает только нижнюю половину тела, до пупка, допустима несколько более низкая температура, от 20 до 25 ° C (от 68 до 77 ° F.); но продолжительность не должна превышать пяти минут, при этом выполняются умеренные механические манипуляции; по-видимому, такие ванны снижают нервную возбудимость и оказывают седативное действие при разнообразных нервных расстройствах климактерического периода. Сидячие ванны, опять же, большей продолжительности, от двадцати до шестидесяти минут, когда вода доходит только до пупка, и ее температура колеблется от 16 до 25 ° C (от 60 до 77 ° F.), полезны для облегчения хронических воспалительных состояний репродуктивных органов и связанных с ними эротических состояний, а также боли в животе и раздражительности. С другой стороны, следует избегать более холодных сидячих ванн, даже кратковременных. Точно так же душ с водой температурой от 18 до 24 ° C (64-75 ° F.), продолжительностью от одной до двух минут, и вода, падающая только с очень небольшого возвышения над головой, оказывают ценное успокаивающее действие; но, с другой стороны, более холодный душ с водой, падающей с большей высоты, оказывает возбуждающее действие, и его следует избегать в этот период жизни. При наличии серьезных застойных симптомов может быть рекомендовано кратковременное растирание рук и ног водой температурой от 12 до 17 ° C (54-63 ° F.) с

последующим четвертьчасовым отдыхом в постели; также погружение ног на минуту в воду температурой 10 ° C (50 ° F), при этом ступни энергично растирают, после чего следует прогулка на свежем воздухе в течение пяти-десяти минут. В случаях бессонницы в период менопаузы из-за застойных явлений полезным методом является погружение стоп на двадцать-тридцать секунд в воду температурой от 8 до 10 ° C (от 46 до 50 ° F.), при этом ступни энергично растирают, находясь в воде, или быстро двигают вверх-вниз шагающими движениями; после снятия их быстро высушивают, и пациентка немедленно ложится спать. Еще одна полезная мягкая снотворная мера - накладывать перед отходом ко сну бинты, отжатые в холодной воде; они доходят от ступни до колена и остаются на всю ночь. В случаях климактерической меноррагии следует использовать мой вагинальный холодильник для непосредственного воздействия холодом на репродуктивные органы; это цилиндрический аппарат, вводимый во влагалище, холодная вода проходит через внутреннюю часть аппарата, не смачивая слизистую оболочку влагалища. Это охлаждающее устройство полезно также в неприятных случаях генитального зуда; холодные обливания вульвы в течение одной-двух минут за раз также полезны для облегчения этого заболевания.

Женщинам в период климакса холодные морские купания так же не рекомендуются, как и другие холодные гидротерапевтические мероприятия, из-за их мощного охлаждающего эффекта и сильного механического воздействия движущейся воды в волнах. Но в определенных случаях, когда морской воздух, вероятно, полезен, также могут быть рекомендованы чуть теплые морские ванны; их эффект аналогичен эффекту ванн со слабым рассолом при аналогичной температуре.

В климактерический период особое внимание необходимо уделять уходу за кожей. Из-за чрезвычайной чувствительности кожи в этот период жизни к внешним вредным воздействиям необходимо проявлять большую осторожность и очень тщательно высушивать кожу после обычных умываний лица и рук; следует избегать использования раздражающего мыла, а после высыхания наносить мягкую пудру. В начале климактерического периода, когда менструации уже прекратились и начались старческие изменения кожи с атрофией подкожных тканей, крайнюю сухость кожи можно уменьшить с помощью тепловатых ванн с последующими влажными компрессами; после ванны женщину заворачивают во влажную льняную ткань, а затем полностью укрывают одеялом. Когда кожа легко шелушится, будет полезно применение ланолиновой мази.

Чистота половых органов всегда важна, но вдвойне важна в климактерический период по той причине, что пренебрежение в этом отношении может привести к возникновению зуда половых органов. Не только после дефекации, но и после каждого акта мочеиспускания наружные половые органы и задний проход следует тщательно промывать подушечкой из чистой впитывающей ваты, смоченной теплой водой. После мытья следует нанести либо порошок, либо мазь: первый - в случаях, когда кожа частей тела обычно влажная из-за естественной склонности к чрезмерному выделению секрета, второй - в случаях, когда кожа сухая и имеет тенденцию к растрескиванию.

Физические упражнения, тщательно подобранные и регламентированные с учетом индивидуальности каждой пациентки, являются мощным средством облегчения нарушений менопаузы. Регулярные и методичные физические упражнения, к которым, следует помнить, женщины в климактерический период обычно испытывают значительное отвращение, проявляют свои положительные эффекты в виде улучшения условий питания и функциональной активности всех органов, а также усиления активности всех метаболических изменений, которые обычно замедляются у женщин при смене образа жизни. Более того, мышечные упражнения, увеличивая объем крови, проходящей через

мышцы, оказывают благотворное производное влияние на уменьшение застойных явлений в мозге и других неприятных симптомов застойных явлений, которые могут возникать у женщин в период менопаузы. Опять же, в случаях чрезмерного ожирения, которое так часто встречается у женщин в период смены образа жизни, повышенное сжигание жира, которому способствуют регулярные мышечные упражнения, не может не оказывать благотворного эффекта. Наконец, правильно подобранные мышечные упражнения оказывают благоприятное влияние также на нервную систему, функциональную активность которой они облегчают и в то же время укрепляют силу воли.

Поэтому важно, чтобы во время менопаузы женщины продолжали выполнять соответствующие активные физические упражнения, регулярные ежедневные прогулки, которые должны включать ходьбу с умеренным наклоном. В качестве подготовки к таким упражнениям (у лиц, до сих пор не привыкших много ходить), или в плохую погоду, или, опять же, когда есть особые причины против упражнений на свежем воздухе, и, наконец, в качестве дополнительных упражнений к ходьбе могут применяться гимнастика и массаж. Следует выбирать такие гимнастические процедуры, которые будут способствовать истощению сосудов головы, окажут благоприятное влияние на порталное кровообращение и отзовут кровь от органов малого таза; таковы, в дополнение к общим гимнастическим упражнениям, методичное глубокое дыхание, методичная тренировка мышц брюшного пресса, упражнения, задействующие разгибатели спины, отводящие и внешние вращатели бедра, а также упражнения для конечностей. С пользой можно использовать различные гимнастические снаряды, особенно те, в которых различные мышечные движения выполняются без сопротивления. Но во всех случаях необходимо соблюдать крайнюю осторожность, чтобы избежать переутомления и перенапряжения. Постепенной формой физических упражнений в сочетании с пассивной гимнастикой, подходящей для женщин в период климакса, является массаж, при котором путем механической стимуляции, давления и трения всего тела или определенных частей благоприятно воздействуется питание мышц и повышается активность общего кровообращения. Кроме того, при использовании массажа у женщин в период климакса следует тщательно избегать любого чрезмерного возбуждения нервной системы, следует использовать только мягкую форму этого мощного средства; мягкое растирание кожи нижних конечностей, спины и живота с последующим мягким разминанием мышц. Массаж внутренних репродуктивных органов (метод Тура Брандта), ввиду общей тенденции к сексуальной возбудимости у женщин в период климакса, упоминается только как запрещенный. По той же причине, а также из-за частоты, с которой во время менопаузы женщины страдают от тахикардии и других сердечных заболеваний, езда на велосипеде в большинстве случаев является неподходящим упражнением в этот период жизни.

Вопросом огромной важности является регулирование рациона питания женщин на этом этапе жизни, цель такого регулирования - та, которую врачи старшего поколения стремились достичь с помощью венозной пункции и влажных банок, а именно, преодолеть аномалию состава крови, возникающую из-за прекращения внутренней секреции яичников, и, кроме того, облегчить симптомокомплекс полнокровия в животе и различных пассивных гиперемий и сопутствующих застоев; и вдобавок подавить большую общую нервную возбудимость, чувствительность к внешним раздражителям, склонность к алкоголизму. чрезмерные рефлекторные проявления, характерные для женщин в климактерический период.

Рацион питания должен регулироваться как по качеству, так и по количеству, и очевидно, что регулирование должно быть тщательно адаптировано к потребностям каждого отдельного случая.

Что касается количества, то главный общий принцип диетологии для женщин в климактерическом периоде заключается в том, что следует избегать переедания, что количество питательных веществ должно быть сокращено до абсолютного минимума, необходимого для удовлетворения потребностей тканей. Учитывая тот факт, что мы имеем дело с женщинами в сравнительно преклонном возрасте, чей физический труд, как правило, не является изнуряющим, обычно будет достаточным такое количество пищи, которое обеспечивает от 35 до 40 калорий на килограмм тела в сутки. Если мы предположим, что средняя масса тела женщины в климактерическом возрасте составляет 60 килограммов, то тепловой эквивалент пищи, ежедневно необходимой такой женщине, может быть оценен в 2100-2400 калорий. Этого примерно хватит при питании, состоящем из 100 граммов белка, 60 граммов жира и 350 граммов углеводов. Обычное предпочтение большого количества азотистой пищи, однако, не зависит от физиологических потребностей, и при условии, что поступает необходимый минимум белка (около 1,5 грамма на организм - килограмм суточной нормы), необходимое количество калорий может быть получено за счет самых разных комбинаций различных питательных элементов.

Общие принципы качественного регулирования рациона питания женщин в период климакса таковы: во-первых, после получения необходимого минимума белка должно быть добавлено количество углеводов и жиров, варьирующееся в относительных пропорциях и количествах в соответствии с физиологическими потребностями индивидуума, но в совокупности достаточное для обеспечения необходимого теплового эквивалента; во-вторых, должно быть обильное потребление воды; в-третьих, следует по возможности избегать стимулирующих добавок к рациону.

Азотистый баланс в организме может поддерживаться либо животными, либо растительными белками; в случае первых (животные белки) женщине в период климакса следует избегать тех, которые содержат значительное количество нуклео-белка или вредных продуктов тканевых изменений; во втором случае (растительные белки) ей следует избегать тех, которые могут вызвать чрезмерную стимуляцию желудочно-кишечного тракта. Из мясных продуктов (млекопитающих, птиц и рыб) следует отдавать предпочтение тем видам, которые содержат только небольшое количество экстрактивных веществ (креатин, ксантин и т.д.), поскольку предполагается, что эти вещества оказывают стимулирующее влияние на нервы и сердце. Следовательно, вареное мясо вкуснее жареного, а мякоть молодых животных (например, телятины) и рыбу следует предпочесть дичи, и последнего следует избегать особенно по той причине, что вкусовые качества, за которые его ценят гурманы, являются продуктами частичного разложения в результате длительного подвешивания; по тем же причинам следует избегать мясных экстрактов, супов животного происхождения, колбас, копченостей и рыбы, а также мясных консервов (в горшочках). Из-за тесной связи между поступлением в организм нуклеина и образованием мочевой кислоты должны быть запрещены белки, богатые нуклеином; таковы различные продукты, состоящие в основном из клеток желез - сладкий хлеб, печень, мозг, почки и т.д. Наряду с подходящими мясными продуктами, необходимый белок наиболее подходящим образом можно получить из яиц и молока (включая пахту); с другой стороны, икра непригодна из-за ее стимулирующего действия на половые органы, сыр - из-за того, что он содержит большое количество продуктов разложения казеина и молочного жира; кисломолочные продукты, кумыс и кефир, также непригодны. Подходящими растительными продуктами для получения белка (в

дополнение к углеводам) являются каши, хлеб и бобовые; орехи, с другой стороны, вызывают чрезмерное раздражение желудка и кишечника.

Женщинам в климактерический период мы рекомендуем умеренное по количеству смешанное питание; количество мяса и жира в рационе не должно быть большим, в то время как злаки, зеленые овощи и фрукты можно употреблять в большем количестве; следует избегать раздражающих растительных продуктов, особенно тех, которые имеют тенденцию чрезмерно стимулировать мышечную активность кишечника и кишечную секрецию. Важно пить как можно больше воды, не менее двух-трех пинт в день, причем чистая, свежая родниковая вода предпочтительнее газированной, природной или искусственной. Следует избегать употребления алкогольных напитков, особенно тех, которые богаты экстрактивными веществами, а также алкоголем. По этой последней причине пиво и шампанское вредны, в то время как крепкие спиртные напитки и ликеры подлежат осуждению из-за высокого процента алкоголя, который они содержат. Также следует избегать стимулирующих алкалоидных напитков, чая и кофе, а если и принимать их вообще, то только в очень разбавленном виде. Что касается приготовления пищи, основной принцип заключается в том, что она должна вызывать как можно меньше раздражения; не вызывать механического раздражения желудочно-кишечного тракта избытком неперевариваемых остатков, не вызывать химического раздражения из-за чрезмерной примеси сахара, соли, уксуса, перца и других специй; и, наконец, не вызывать термического раздражения из-за чрезмерно горячего или чрезвычайно холодного состояния.

Индивидуальные приемы пищи предпочтительно небольшими порциями, поэтому их следует принимать со сравнительно короткими интервалами, пять раз в день, основной прием пищи - в час или два пополудни, а ужин (который должен быть небольшим) - сравнительно рано, в семь или восемь часов.

Примечание.—В своем обсуждении *деталей* диеты для женщин в климактерический период, часов приема пищи, собственно блюд и т.д. автор ссылается исключительно на австрийские и немецкие обычаи в этих вопросах. Переводчик не пытался адаптировать нижеследующие страницы к потребностям английских читателей, поскольку считает, что уже приведенные общие принципы позволят английскому врачу без серьезных трудностей составить подходящие диетические таблицы для случаев, с которыми ему приходится иметь дело.

Подходящими продуктами питания являются следующие:

Супов, бульонов и других жидких блюд: супы и бульоны, сделанные из плоти и костей говядины, баранины, телятины, курицы или голубя, без добавления мяса, экстракт или мясного сока, пептоны, somatose или nutrose, но с *T.* Он также ячмень, овсянка, рис, крупы, guemeal, горох, фасоль, чечевица, вермишель или макароны; также бульоны или каши из любого вида наземного производства крупы, или картофель, или из гороха, фасоли, или чечевицы.

Мясные продукты: Нежирная говядина, телятина, баранина, жареная или отварная, голубь, курица; некоторые виды свежей рыбы — щука, пикша, камбала, окунь и форель. *Непригодны:* свинина, гусь, угорь, лосось, сельдь, устрицы, икра, омары, крабы, копчености, заяц, оленина, дикая утка, мозги, печень, почки.

Овощи, сладости и закуски: зеленый горошек, шпинат, цветная капуста, морковь, репа, яйца с маслом, омлет, вареные и запеченные пудинги, рис, сваренный в молоке, яблоки и рис, взбитые сливки, салаты, пшеничный хлеб, французские булочки, печенье и сухарики.

Фрукты: Можно употреблять почти все фрукты - сырые, вареные или консервированные; также в виде смородиновых и других фруктовых тортов и фруктового мороженого.

Напитки: Молоко, пахта, вода, они же подкисленные различными фруктовыми соками и эссенциями (в виде лимонада и т.д.), некрепкий чай с большим количеством молока, какао, шоколад. Под *запретом* находятся: пиво, крепкие и сладкие вина, крепкие спиртные напитки.

Ниже приведен пример простого диетического стола, составленного на основе вышеуказанных принципов:

		<i>Количество в граммах.</i>	<i>Белки.</i>	<i>Жиры.</i>	<i>Углеводы.</i>
Обед:					
	чашка молока	150	5.4	5.4	7.5
	крена и сливочное масло	70	4.9	0.4	39.2
середине утра:					
	Суп	100	1.1	1.5	5.7
	Рулет	70	4.9	0.4	39.2
Обед:					
	Суп	100	1.1	1.5	5.7
	Жареное мясо	100	38,2	1.7	
	Зеленые овощи	100	1.6	0.4	8.4
	пудинг	200	17.4	30.0	57.8
	фрукты	100	3.0		15.0
	хлеб	35	2.4	0.2	19.0
Завтрак:					
	чашка молока	150	5.4	5.4	7.5
	рулон	70	4.9	0.4	39.2
ужин:					
	Суп	100	1,1	1,5	5,7
	Два яйца всмятку	90		11,2	10,8
0,4	Хлеб	70	4.9	0.4	39.2
	Фрукты	100	3,0		15.0
	Всего				
1617		110,5	69,9	304,5	

Кроме того, вода, *без ограничений*, возможно, немного легкого вина.

Однако во многих случаях может оказаться более подходящей преимущественно вегетарианская диета, в частности, преимущественно фруктовая, для уменьшения стойких симптомов застойных явлений. В таких случаях на *короткий* период может быть рекомендован следующий диетический стол:

Первый завтрак: яблоко и апельсин.

Второй завтрак: 25 граммов белого хлеба с маслом и три печеных яблока.

Ужин (в середине дня): 100 г рыбы или мяса, картофель, зеленые овощи, 3 отварных или печеных яблока.

Вторая половина дня: апельсин, или яблоко, или груша, или немного винограда.

Ужин: Молоко, яблоки с рисом, апельсины, виноград, инжир.

Напитки: Вода с фруктовыми соками или эссенциями или без них.

Можно было бы очень легко внести изменения в приведенную выше диетическую таблицу, в результате чего количество углеводов могло бы быть увеличено, а количество белка уменьшено.

У женщин сангвинического темперамента и полноценного телосложения, которые во время менопаузы очень быстро начинают страдать ожирением, становятся необходимыми важные изменения в рационе питания. Основными принципами жиросжигающей диеты являются следующие: избегание любого перекармливания, уменьшение количества потребляемой пищи ниже прежнего среднего, с сохранением, однако, достаточного количества питательных веществ для поддержания метаболического равновесия важнейших тканей; поддержание этого метаболического равновесия требует достаточного количества азотистых продуктов, но жиры в рационе могут быть сведены к минимуму, а количество углеводов также может быть очень сильно уменьшено. В то же время необходимы систематические физические упражнения, а количество часов сна не должно превышать в среднем семи часов в сутки.

Для женщин с ожирением в климактерический период подходящая средняя диета должна содержать 160 граммов белка, 12 граммов жира и 120 граммов углеводов, что дает суточную калорийность в тепловом эквиваленте от 1250 до 1300 калорий.

Пример диетической таблицы, составленной на основе этих принципов, прилагается:

	<i>Количество в граммах.</i>	<i>Белок.</i>	<i>Жиры.</i>	<i>Углеводы.</i>
Завтрак:				
стакан слабого чая	150	0.45		0.9
с молоком, но без сахара	30	1.29	0.9	1.2

	белого хлеба	50	4.8	0.4	30.0
	Постное холодное мясо	50	19.1	0.9	
Ужин (всерединедня):					
	Маленькая чашка прозрачного супа	100	1.1	1.5	5.7
	Постная говядина	200	76.4	3.4	
	зеленые овощи, салат, и т. д.	100	1.6	0.4	8.4
	фрукты	100	3.0		15.0
	рулон	35	2.4	0.2	19.6
Полдник:					
	стакан слабого чая	150	0.45		0.9
	с молоком, но без сахара	30	1.29	0.9	1.2
ужин:					
	Суп	100	1.1	1.5	5.7
	Нежирное жареное мясо	100	38,2	1,7	
	Рулон	50	4,8	0,4	30,0
Всего		1,245	155,9	13,2	118,6

При выборе индивидуальных продуктов питания важно иметь в виду тот факт, что у всех женщин в климактерическом периоде нашей целью должно быть умеренное стимулирование мышечной активности кишечника (перистальтики) и кишечной секреции, поскольку более активная кишечная секреция в некоторой степени уменьшает застойные явления в животе, а кишечная трансудация и уменьшение бокового давления облегчают кровообращение по сосудам брюшной полости. Снижая таким образом внутрибрюшное кровяное давление, мы поможем облегчить ряд хронических состояний гиперемии тазовых и различных других органов, от которых женщины склонны страдать в период менопаузы. Следовательно, должны быть запрещены все продукты питания, которые имеют тенденцию вызывать запоры. Но мы также должны запретить все вещества, оставляющие обширные непереваренные остатки, такие как кожура фруктов, большое количество каш и т.д., твердое мясо, орехи и тому подобное. Наиболее подходящими являются те продукты питания, которые содержат большой процент жидких компонентов, такие как молоко, жидкие супы,

некрепкий чай (настаивается совсем недолго, чтобы содержать мало дубильной кислоты, которая вызывает сильные запоры), белое мясо — телятина, куриная грудка и т.д. Из овощей лучше всего те, которые содержат много воды и органических кислот, молодые, свежие огородные продукты, салат-латук, цветная капуста, молодой зеленый горошек, молодая морковь, репа и т.д. Полезны сочные фрукты, яблоки, груши, вишня и сливы. Масло и мед также превосходны. У многих людей, страдающих запорами, все, что необходимо для их облегчения, - это первым делом утром выпить стакан холодной воды; у других дополнительно требуется употребление цельнозернового хлеба с большим количеством масла и меда и сырых фруктов.

У женщин, страдающих от различных нарушений климактерического периода в обостренной форме, либо из—за того, что менопауза наступает в необычно раннем возрасте, либо из-за того, что прекращение менструации произошло внезапно, а не постепенно, особенно в случаях проблем с сердцем, сильного головокружения, выраженных вазомоторных нарушений или психического возбуждения (в том числе эротического), я иногда нахожу методичное лечение молоком, продолжающееся в течение нескольких недель, наиболее полезным. Под этим я подразумеваю не исключительно молочную диету, а диету, состоящую в основном из молока и молочных продуктов; благодаря отсутствию какого-либо раздражения нервной и сосудистой систем, эта диета оказывает очень определенное успокаивающее действие в таких случаях. Молоко должно быть обезжиренным, и его следует давать четыре раза в день в постепенно увеличивающихся количествах, при этом общее количество должно увеличиваться с десяти унций до пятидесяти унций в день.

Единственным другим приемом пищи должен быть сытный ужин в середине дня, состоящий из супа, жареного белого мяса, молодых зеленых овощей и небольшого количества фруктов. В некоторых случаях, чтобы предотвратить запор, необходимо добавлять по десять граммов молочного сахара в каждый стакан молока; в других случаях необходимо разбавить молоко водой. Очевидно, что количество потребляемого молока само по себе недостаточно для поддержания метаболического равновесия в организме; но недостаток в этом отношении компенсируется обильным приемом пищи в середине дня.

К числу стимулирующих воздействий, которых в сексуальную эпоху менопаузы следует, насколько это возможно, избегать, мы должны без колебаний отнести практику коитуса, поскольку в этот период жизни уже существует сильная тенденция к возникновению гиперемии репродуктивных органов; и половым сношениям, поскольку они неизбежно усиливают эту тенденцию к гиперемии, следует предаваться как можно реже. И все же именно у женщин климактерического возраста, у “la femme demi-vieille” часто возникает сильное желание осушить чашу сексуального удовольствия до дна. Поэтому нередко врача просят дать совет относительно предполагаемого замужества женщины, у которой приближается менопауза, желаемый муж молод или, по крайней мере, все еще полностью мужествен. Если совет дан со всей искренностью, с оглядкой исключительно на здоровье женщины, врач определенно запретит брак.

Однако, когда менопаузальные изменения полностью завершены, когда репродуктивные органы женщины претерпели полную старческую атрофию, нет никаких медицинских причин, по которым пара, желающая дать более мягкое название интимной дружбе между мужчиной и женщиной, должна воздерживаться от брака — при условии, что оба достигли одинаковой стадии сексуального упадка. “Но, - пишет *Tilt*, - союз между морозным январем и цветущим маем, вероятно, будет столь же опасен для здоровья, сколь и для счастья обоих”.

Занимаясь регулированием физической диеты своей пациентки с климактерическим периодом, врач не должен упускать из виду ее психический режим. Процессы менопаузы

очень сильно влияют на психику женщины. С одной стороны, ее страхи усиливаются мыслью о том, что она вступает в “критический возраст”, об опасностях которого ее часто предупреждали; а с другой стороны, она психически подавлена осознанием того, что вот-вот утратит очарование женственности и упадет ее сексуальное самоуважение. Поэтому женщинам в годы перемен полезно иметь какую-то работу, которая заполняет их часы, занимает их мысли и— оставляет определенный простор для проявления женского тщеславия. Таким образом, благотворительные или общепользные произведения, а также литературные занятия приносят большое преимущество женщинам в период климакса. *Платон*, действительно, указывал, что женщины в этот период своей жизни должны заниматься литературой и интеллектуальной культурой.

Точно так же, как долг врача, особенно семейного врача, просветить девушку на пороге ее сексуального развития относительно процессов пробуждающейся сексуальной жизни и дать ей необходимые инструкции относительно гигиенических мер, которые ей подобает принимать, — точно так же его долг передавать медицинскую информацию женщине, стоящей на пороге сексуального упадка. Невежество женщины часто одинаково глубоко на обоих этих этапах сексуальной жизни. Женщина в возрасте чуть за сорок часто не подозревает или, по крайней мере, отказывается признавать, что она постепенно приближается к концу своей сексуальной жизни; и она еще дальше от осознания того, что ей необходимо соблюдать определенные правила общей и сексуальной гигиены, если она хочет свести к минимуму опасности критического периода.

Друг-врач серьезно, хотя и далеко не мрачно, объяснит ей природу физиологических процессов менопаузы и проинструктирует ее относительно соответствующих профилактических мер — диеты, физических упражнений, одежды, ухода за кожей и регулирования полового акта. Более того, врач, посредством умело направленных расспросов относительно определенных симптомов, сможет получить раннюю информацию о возникновении аномальных процессов в этот период жизни и таким образом обнаружит первые признаки многих заболеваний, которые поддаются лечению только в самом начале их течения. Например, *Бриер ду Буамон*, ранний и точный наблюдатель этой сексуальной эпохи в жизни женщины, указывает, что в случаях, когда во время смены образа жизни женщина испытывает повышенную склонность к половому акту, в девятнадцати случаях из двадцати местное обследование выявит наличие какого-либо заболевания репродуктивного аппарата. Аналогичным образом, каждый гинеколог теперь знаком с тем фактом, что необычно свободные, нетипичные кровотечения в климактерический период обычно являются признаками наличия новообразования в матке.

Можно избежать большого зла и уменьшить большие страдания, если врач, в соответствии с советом Гиппократ, не ограничивает свою деятельность строго применением искусства врачевания, но остается рядом с женщиной в качестве ее наставника и доверенного лица в трудные годы ее сексуального упадка. И он лучше всего выполнит эти функции, если ему удастся убедить климактерическую женщину в глубокой истине, заключенной в высказывании великого французского философа:

Qui n'a pas l'esprit de son âge,

De son âge a tout le malheur.

-
1. Относительно женской конституции.
 2. Относительно Бесплодных.
 3. Относительно девственниц.
 4. О болезнях регионов.
 5. О тайных частях тела женщин.
 6. Эссе о физических и психических заболеваниях женщин.
 7. Физиологические соображения о различных эпохах жизни женщины.
 8. О половой дифференциации и ее влиянии на органическую природу.
 9. Сексуальная жизнь женщины.
 10. Только благодаря матке женщина является тем, что она есть.
 11. Матка является причиной всех болезней, от которых страдают женщины.
 12. “Любовь - это всего лишь эпизод в жизни мужчины; для женщины это целая история”. Но английским читателям эта эпиграмма мадам де Сталь будет более знакома в том виде, в каком она была облечена Байроном (*Дон Жуан*, песнь i, строфа 194):

“Любовь человека - это нечто отдельное от жизни человека;
В этом все существование женщины”.
 13. О любви.
 14. “Этот век будет известен как век болезней матки”.
 15. Наполовинудевственница.
 16. Красота дьявола.
 17. “Крик страдающего органа исходит не из матки, а из всего организма”.
 18. “Один за многих”. Отрывки из дневника девы Веры.
 19. Из-за некоторого терминологического злоупотребления этим структурам дали название “фолликул” еще до появления жидкости внутри них, а слово “фолликулус” означает, собственно, “маленький мешочек” или “мешочек”. Ограничение автором термина *граафов фолликул* более поздней, полноценной стадией развития этих структур, хотя и является исторически точным, не является обычным явлением в Англии.-Tr.
 20. “Матка, обслуживаемая органами”.
 21. Menorrhage des Jeunes Filles et Hypertrophie du Col Utérin.
 22. Используемое немецкое слово - *Herzkrampf*; в первой строке абзаца оно употреблено во множественном числе и в кавычках. Собственно стенокардия, тяжелое и часто смертельное заболевание, встречающееся в основном у пожилых мужчин, иногда известна в Германии

как *Герцкрампф*, но устоявшееся и характерное немецкое название этого заболевания - *стенокардия*. Очевидно, однако, что случаи Кригера не являются случаями истинной стенокардии, и вполне вероятно, что английские врачи классифицировали бы их как *псевдостенокардию*.—Tr.

23. *Гебефрения*. В настоящее время не существует английского эквивалента этого слова, используемого Кальбаумом для обозначения формы меланхолии, возникающей в период полового созревания и заканчивающейся слабоумием. —Tr.

24. Кататония (*Katatonie*) — термин, используемый в Германии для обозначения безумия, связанного с мышечной ригидностью. -Tr.

25. Термин, введенный Шарко. См. стр. 97.

26. Мы придерживаемся классификации автора. Я полагаю, что в Германии не принято относить щитовидную железу к органам дыхания. Но единственное заболевание, упомянутое в вышеупомянутом разделе, — это зоб.—Tr.

27. В Германии термин *Lanugo*, или *Wollhaar*, используется для обозначения рудиментарного волосяного покрова тела на протяжении всей жизни, в отличие от специализированных и полностью развитых волос на голове, бороде, подмышечных впадинах и т.д. В Англии использование термина *лануго* обычно ограничено обозначением пушковых волос, которыми младенец покрыт при рождении, которые выпадают через несколько месяцев после этого. Смотрите английское издание "Атласа анатомии человека" Толдта, часть VI., Приложение, примечание 503.—Tr.

28. Следует отметить, что автор использует термин *себорея* как общий термин для обозначения заболеваний сальных желез, включая угревую сыпь. В Англии акне и его предварительная стадия, образование комедонов, рассматриваются отдельно, значение термина *себорея* ограничивается обозначением случаев, когда секреция желез образует маслянистое, воскообразное или чешуйчатое скопление на поверхности. *Маслянистая себорея* определяется Крокером как форма поражения, при которой олеин находится в избытке.—Tr.

29. Следует помнить, что эти диетические рекомендации предназначены для представителей немецкого и австрийского среднего класса, организация питания которых значительно отличается от нашей. Обычные приемы пищи и часы работы: Ранний завтрак, кофе с булочками, в 8 или раньше; второй завтрак, более плотный прием пищи, в 10; ужин в середине дня, основной прием пищи, в 1 или 2 часа дня; послеобеденный кофе в 4 часа; ужин в 8 часов вечера — Tr.

30. Что касается значения, придаваемого автором словам *себорейная* и *себорийский*, см. Примечание к странице 107.

31. Eine Mutterpflicht.

32. См. примечание 26 к стр. 107.

33.

Мой покой потерян,

У меня тяжело на сердце,

Я никогда не нахожу этого

И больше никогда.

Моя грудь сжимается

Навстречу ему,

Ах, мог бы я схватить его

И обними его,

И поцеловать его,

То, что я давно хотел сделать,

В его поцелуях

Я должен умереть.

34. Представляется целесообразным указать, что, хотя в этой работе немецкое слово *Geschlechtstrieb* в подавляющем большинстве случаев переводилось на английский язык термином *сексуальный импульс*, в двух или трех случаях, как здесь, автор говорит о *Geschlechtstrieb* как состоящем из *ощущения, восприятия и импульса (Drang)*, когда по очевидным причинам становится необходимым передача *сексуального инстинкта*. Хотя термин *сексуальное влечение*, я думаю, используется более широко, чем термин *сексуальный инстинкт*, не следует забывать, что склонность к половому контакту является составной по своей природе, и что *импульс* в строгом смысле этого термина является лишь одним элементом в его составе.—Tr.

35. Это слово *урнинг*, используемое для обозначения лиц, проявляющих этот конкретный тип гомосексуализма, принадлежит к терминологии, которая в настоящее время общепринята авторами по сексуальной патологии, и использовалась английскими авторами по этому вопросу — например, Хэвлоком Эллисом.

36. Немецкое слово *Angst*, переведенное здесь как "тревога", используется в различных смыслах, начиная от *беспокойства* до *тоски*, в зависимости от того, какой ментальный элемент или элемент чистого чувства преобладает в концепции. Однако в случае с *неврозом тоски*, по-видимому, подразумевается состояние *психического беспокойства*, и поэтому *тревога* является лучшим переводом.—Tr.

37. Немецкий, *симптоматика Ленденмаркс*.

38. Немецкий, *saures Aufstossen und Sodbrennen*; для последнего существительного *изжога*, по-видимому, является наиболее точным английским эквивалентом, поскольку термин *пироз* иногда используется для обозначения *кислотной отрыжки (или водянистости)*, а иногда и сопутствующего ощущения в под ложечкой — *изжоги* или *кардиалгии*. Этимологически, конечно, последнее значение *пирозиса* правильное (греч. πῦρ, огонь). —Tr.

39. Путем рассмотрения результатов лечения.

40. Германия. в описании параметров. Причины предпочтения словосочетания *параметрическая соединительная ткань* существительному *parametrium* приведены в английском издании "Атласа анатомии человека" Толдта, часть IV, Приложение. примечание 84.

41. На Европейском континенте принято делить течение беременности на десять "месяцев" по четыре недели в каждом. Этот факт никогда не следует забывать, когда сравниваются английские и континентальные таблицы событий беременности, соответственно.

42. Германия. *Lufthunger*.

43. См. примечание 36 на стр. 225.

44. Так часто делается утверждение, что зачатие, происходящее, когда один или оба родителя находятся в состоянии алкогольного опьянения, вероятно, будет вредным для потомства, что представляется целесообразным указать, что ни автор этой работы, ни какой-либо другой известный мне автор никогда не приводили каких-либо строгих научных доказательств в подтверждение предполагаемого факта. Это одно из тех грубых обобщений, поверхностная правдоподобность которых приводит к их постоянному, хотя и ничем не подкрепленному подтверждению. Тот факт, что представление о продолжении рода нетрезвыми прародителями противоречит нашим эстетическим чувствам, не имеет, конечно, ничего общего с логическим доказательством утверждения, что такой акт вреден для плода зачатия.—Тр.

45.

Уважение целует руку,

Нежный поцелуй в щеку,

Духовная любовь целует уста.

Возжелать шею;

Любовное исступление покрывает поцелуями все тело.

46. Автор опускает специальное упоминание о метастатическом орхите, который так часто осложняет эпидемический паротит (свинка), когда это заболевание возникает после полового созревания. Хотя воспаление обычно носит доброкачественный характер, оно очень часто приводит к атрофии яичка. К счастью, двусторонняя атрофия по этой причине встречается очень редко; и даже когда это происходит, поскольку оба яичка чрезвычайно малы, *sueundi* и *potentia gestandi*, тем не менее, могут сохраняться. Но когда двойная атрофия по этой причине происходит до наступления половой зрелости (к счастью, явление крайне редкое), половое развитие обычно приостанавливается, и страдающий, по сути, становится евнухом.—Тр.

47. О Джоне Хантере известно, что в случае гипоспадии он посоветовал пациенту набрать сперму в шприц и ввести ее во влагалище своей жены с плодотворным результатом. —Тр.

48. *Сужающая клиновидная мышца*. У женщин *бульбокавернозные мышцы*, правая и левая, образуют, так сказать, сфинктер, соединяющий выход из влагалища. Отсюда альтернативные названия *влагалищного сфинктера* и *сужающей влагалищной мышцы*. Последнее название широко используется в Германии, но, хотя и уместно, редко используется в Англии.—Пер.

49. "Проститутки часто зачинают, но часто делают аборт".

50. "Проститутки становятся плодовитыми, когда, бросив свою профессию, выходят замуж или переходят под покровительство одинокого мужчины; в таких случаях они беременеют, они всегда счастливы, и их дети такие же здоровые, как у других женщин".

51. Сравните строфы 46 и 47 “Венеры и Адониса”:

Его уши были наострены; его заплетенная в косу свисающая грива

На его круглом гребне теперь стоит дыбом;

Его ноздри втягивают воздух и снова вперед,

Как из печи, пар он испускает:

Его глаза, презрительно сверкающие, как огонь,

Демонстрирует свою горячую отвагу и высокое желание.

Иногда он бежит рысцой, как будто сам подсказывает шаги,

С мягким величием и скромной гордостью;

Вскоре он встает на дыбы, изгибается и прыгает,

Как тот, кто должен сказать: “Вот! так испытывается моя сила;

И это я делаю, чтобы приковать к себе взгляд

О честном заводчике, который стоит рядом”.

52. Примечание.—В Германии термин *Ausfallserscheinungen* используется как общее название различных расстройств климактерического периода. Слово *Ausfall* буквально означает *выпадение* или *выпадение* волос. Точного английского эквивалента этого термина мне неизвестно, да он и не нужен, поскольку фраза *климактерическиерасстройства* является достаточно отчетливой.— Пер.

ПРИМЕЧАНИЯ ПЕРЕПИСЧИКА

Внесены изменения в медицинские термины, имена собственные или иностранные слова. Не включает указатель, который всегда исправлялся для приведения в соответствие с текстом. В случае множественных изменений указывается только первое:

Страница	исходного текста	Измененный текст
vii и т.д.	Аменорея	Аменорея
vii и т.д.	Дисменорея	Дисменорея
vii	Анестезия	Анестезия
x	Астерахансион	Астеракантион
x и т.д.	Олигозооспермия	Олигозооспермия
x	матки	Матка
2	климатические	климактерические
3	коэкстензивные	коэкстензивные
8	мужских	проявлений
13	геморроидальных	геморроидальных
23	хориоза	хлороза
39	Робертсона	Робертсона

55	Frenum	Frænum
55 и др.	Нимфы	Nymphæ
60	дентоплазма	дейтоплазма
71 и т.д.	Карункулы	Карункулы
73	Примы	primæ
78 и т.д.	Præcox	Праесох
95 и т. д.	amenorrhœic	amenorrhœic
96	venticle	желудочка
98	teleangiectasis	telangiectases
99	больные жалуются	пациенты, которые жалуются
104	phychosis	психоз
105	сексуального	сексуально
110	suderiferous	потовые
116	hæmaglobin	зависимости от уровня сложности
119	Sænger	номера,
128 и т. д.	hyperæmic	гипертермическим
138	Стрэссмен	Штрассман
148	chloasmia	хлоазма
148	meatas	прохода
154	организм предрасположен	организм предрасположен
166	larnyx	гортани
194	Риккарди	Рикарди
207	Овери	яичника
209	Spietshka	Spietschka
211 и т. д.	Pote	рота
212 и т. д.	uretha	мочеиспускательного канала
215 и т. д.	nulliparæ	nulliparae
220	organims	организмов
222	teleangiectases	telangiectases
222	splanchnoptosis	splanchnoptosis
223	несостоятельностью клапанов	клапанного
240	hysterica	истерии
240	hæmorrhages	hæmorrhages
241	hyperæmias	hyperaemias
260	Rozières	городе Розьер
280	гигиеническая	гигиеническая
291	constictor	констриктор
291	ishiocavernosus	ischiocavernosus
291	Zanibar	Занзибар

299	Хаусманн	Осман
303 и т. д.	эстетическая	эстетических
303 и т. д.	hetairae	hetairæ
303 и т. д.	средневековый	средневековый
306	mezaloccephala	megaloccephala
306	Нусбаум	Нуссбаум
310	пластинки	laminæ
310	speramatozoa	сперматозоидов
314	spematozoa	сперматозоидов
315 и т. д.	azoöspemia	азооспермия
316	blenorrhœa	blennorrhœa
326	Брилл	Брилл
327	свищи	fistulæ
332	foetaltal	плода
334	cystocele	цистоцеле
339	urethal	уретры
339	hymenal	hymeneal
339	kolpitis	кольпит
354	лупулин 0.5 (¾ зерна)	лупулин 0.05 (¾ зерна)
365	Rodsewitsch	Rodzewitsch
383	Tallquist	Talquist
396	Сэнгер	следующих
404	cartarrhal	катаральный
412	vaginia	влагалище
414	Pomerey	Померой
418	Арендт	Арндт
456	infusoria	инфузория
456	acquaria	аквариумов
470 и т. д.	анемия	anæmia
472	climateric	климактерического
472	lupinars	lupanars
477	perenchymatous	паренхиматозных
488	haematokolpos	haematocolpos
492	catarrahal	катаральный
494	Güsserow	Gusserow
494	Renaudin	Renaudin
495	пробелы	lacunæ
496	columnae	columnæ
496	labiae	labiæ

499	dysmenorrhoeic	dysmenorrhœic
500	dysmenorrhoeal	dysmenorrhœal
502	tincae	tincæ
511	Хильдебрандт	Хильдебранд
513	Германия полагая,	Германии, полагая,
515	blenorragia	blennorrhagia
516	parameterium	параметрии
524	hyperaesthetic	hyperæsthetic
529 и т. д.	сосочки	papillæ
539	avortment	avortent
539	СОУТ	СОНТ
539	применением	конъюнктивы
540	urethae	urethrae
541	hyspospadias	гипоспадия
541	hypospadiac	hypospadiac
544 и т.д.	анемический	малокровный
549	дисменореальный	дисменореальный
559	Pfankuch	Pfannkuch
564	овариальный	яичниковый
580	слизистый	слизистый
603	физионогномия	физиогномика
612	Обычный	Мир
631	Кровотечение	Гематома
633	себорейный	себорейный синдром
648	случайный агент	возбудитель
650	пароксизмы	пароксизмы
654	пищевод	œsophagus
658	дефекация	defæcation

1. Молча исправил типографские ошибки и варианты написания.
2. Архаичное, нестандартное и неопределенное написание сохранено в печатном виде.
3. Есть ссылки на температуры в единицах Ренкина. Я сомневаюсь, что это имело бы смысл, когда речь идет о температуре человека, но я не стал их изменять.
4. Сноски были переиндексированы с использованием номеров и собраны вместе в конце последней главы.